

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KOMUNIKACE S HOSPITALIZOVANÝMI SENIORY

Bakalářská práce

Autor práce: Jana Krausová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

2019

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

COMMUNICATION WITH HOSPITALIZED SENIORS

Bachelor's thesis

Author: **Jana Krausová**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2019

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....
(podpis)

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení bakalářské práce. Především za čas, který mi věnovala, ochotu, laskavost, trpělivost a také za podněty a věcné připomínky v průběhu tvorby práce.

Dále bych ráda poděkovala personálu Neurologického oddělení v ON Jičín za ochotu při provádění výzkumného šetření.

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	
1 Stáří jako přirozená životní etapa.....	9
1.1 Období stáří	10
1.2 Tělesné změny ve stáří	11
1.2.1 Pohybový systém	11
1.2.2 Kardiovaskulární systém	12
1.2.3 Dýchací systém	12
1.2.4 Trávicí trakt	12
1.2.5 Hormonální změny	13
1.2.6 Nervový systém	13
1.2.7 Smyslové orgány	14
1.3 Psychosociální změny ve stáří	16
2 Komunikace – hlavní dorozumívací prostředek	17
2.1 Funkce komunikace.....	17
2.2 Komunikační proces.....	18
2.3 Verbální komunikace	21
2.3.1 Paralingvistické prvky verbálního projevu	21
2.4 Neverbální komunikace.....	22
2.5 Komunikační bariéry	27
2.6 Specifika komunikace se seniory	28
2.6.1 Bariéry v komunikaci se seniory.....	28
2.7 Komunikace se seniory se specifickými obtížemi	29
3 Pacient s cévní mozkovou příhodou.....	36
3.1 Příčiny vzniku onemocnění	37
3.2 Ischemická cévní mozková příhoda	37
3.3 Hemoragická cévní mozková příhoda	39
3.4 Léčba cévní mozkové příhody	40
3.5 Rehabilitační péče po cévní mozkové příhodě	41
3.6 Ošetrovatelská péče po cévní mozkové příhodě	41
3.7 Komunikace s pacientem po cévní mozkové příhodě	46

Empirická část

4	Kvalitativní výzkumná metoda.....	48
4.1	Výzkumná technika – polostrukturovaný rozhovor.....	48
5	Cíle práce.....	50
6	Výběr respondentů.....	51
7	Výzkumné otázky.....	53
7.1	Interpretace výzkumného šetření.....	53
8	Diskuze.....	69
	Závěr.....	76
	Abstrakt.....	78
	Použitá literatura a zdroje.....	80
	Seznam tabulek.....	85
	Seznam příloh.....	86
	Přílohy.....	87

Úvod

Téma komunikace jsem zvolila, jelikož vzájemná komunikace s pacientem je každodenní náplní práce zdravotní sestry. Poskytuje nám, ať už po stránce verbální či neverbální, řadu důležitých informací o zdravotním stavu pacienta a úrovni poskytnuté péče. Dobře vedená komunikace je cílem k úspěšnému porozumění, navození harmonických vztahů a měla by být součástí profesionálního vystupování každého zdravotnického pracovníka. Dokáže ovlivnit psychické ladění pacienta, dokáže pacienta patřičně motivovat, navodit příjemnou atmosféru, zmírnit obavy pacienta, přinést pacientovi odreagování a mnoho dalšího.

V praxi je však vzájemná komunikace znesnadňována četnými komplikujícími vlivy tzv. komunikačními bariérami, které se mohou vyskytovat jak na straně pacienta, tak i na straně ošetrovatelského personálu. Tyto bariéry mohou mít různý původ. V důsledku četných fyziologických involučních změn a polymorbidity se objevuje velké procento komunikačních bariér ve vztahu mezi pacientem seniorského věku a ošetrovatelským personálem. Vedení takové komunikace, aby byla pro seniora co nejpřínosnější a nejpochoptitelnější, je mnohdy pro obě dvě strany velmi náročné. Rozhodla jsem se proto, zaměřit se ve své bakalářské práci na seniorskou populaci pacientů. Abych šetření ještě limitovala, zvolila jsem pro výzkum komunikaci mezi ošetrovatelským personálem a seniorským pacientem s hlavní léčebnou diagnózou cévní mozková příhoda.

Teoretická část se zabývá stářím a stárnutím, společně s jeho charakteristickými projevy v kapitole první. Druhá kapitola rozebírá komunikaci jako proces verbální i neverbální, společně s možnými komunikačními bariérami a specifiky komunikace. Jelikož je hlavním tématem bakalářské práce komunikace, snaží se poslední kapitola teoretické části pouze okrajově přiblížit péči o pacienta s onemocněním cévní mozková příhoda.

Empirická část se snaží získat odpověď na hlavní výzkumnou otázku: Jak probíhá komunikace s hospitalizovanými seniory po cévní mozkové příhodě na standardním neurologickém oddělení? K jejímu úspěšnému zodpovězení byly stanoveny dílčí výzkumné otázky zaměřené na úroveň sdělování nezbytných informací týkajících se hospitalizace a zdravotního stavu. Stanovení komunikačních bariér, které se u zvoleného vzorku respondentů vyskytují. Také na stanovení vhodných doporučení pro komunikaci, mezi ošetrovatelským personálem hospitalizovaným seniorem po cévní mozkové příhodě, vycházejících z výpovědí

respondentů. A v neposlední řadě objasnění, zda neverbální komunikace ošetrovatelského personálu působí na pacienta.

Jako terén pro výzkumné šetření jsem si zvolila Oblastní nemocnici v Jičíně. Jedná se o menší zařízení, které je mi ovšem velice blízké. Po udělení souhlasu jsem prováděla rozhovory s respondenty na zdejším neurologickém oddělení.

1 Stáří jako přirozená životní etapa

Stárnutí zahrnuje řadu procesů, které jsou přirozenou a nedílnou etapou života. Lze říci, že stárneme celý život, již od samotného početí. Počátkem prenatálního období se neustále vyvíjíme, stáváme se po všech stránkách dokonalejším jedincem. Dospělostí dovršíme vývoj biologické, psychologické i sociální složky. Jsme na vrcholu fyzických sil. Hledáme si své životní partnery, vstupujeme do manželství, zakládáme rodinu, pečujeme o děti, chodíme do zaměstnání. Běh času je však neúprosný. Vnímáme, že každý rok jsme zase o něco starší. Poslední fáze dospělosti tzv. starší dospělost v sobě nese již prvopočátky zpětného vývoje, které úzce souvisí se stárnutím. Nelze však tvrdit, že proces stárnutí se vyznačuje pouze involučními změnami. Osobnost člověka je naopak vyzrálá a vyrovnaná. Člověk nyní může naplno těžit ze svých bohatých životních zkušeností. (Šramo, 2011, Minibergerová a Jičínská, 2010)

Existuje několik možných názorů, které definují stárnutí. Asi nejjednodušeji lze stárnutí charakterizovat jako „působení času na lidskou bytost“ (Pichaud a Thareau in Špatenková a Smékalová, 2015, s. 59). Trojan (2003) vysvětluje biologickou podstatu stárnutí jako pokles funkční kapacity organismu. Tento proces zahrnuje soubor nevratných změn. Kromě změn involučních, které období stáří provázejí, jsou významné také změny na úrovni zrání a růstu osobnosti (Seligman in Křivohlavý, 2011). Toto období života provází dosažení tzv. životní moudrosti člověka, se kterou se nikdo nerodí, ale získává ji v průběhu života. (Peterson a Seligman in Křivohlavý, 2004)

Dle Příbyla (2015) rozlišujeme tři druhy stárnutí. První typ je označován jako fyziologické stárnutí (také primární, nebo zdravé stárnutí). Tento proces je provázen přirozenými involučními změnami, které nastávají přibližně okolo 65. roku života. Vytváří se tzv. stařecký fenotyp. Druhým typ je tzv. patologické stárnutí (sekundární). Jedná se o patologický průběh stárnutí. Lze ještě rozlišit i třetí typ stárnutí označovaný jako terciální, který se pojí s rychlým tělesným úpadkem, v konečné fázi umíráním a smrtí.

1.1 Období stáří

Jak si období stáří vlastně ohraničit? Jelikož každý z nás je jedinečný, není vymezení zcela jednoznačné. Lze říci, že stáří rozlišujeme na kalendářní, biologické a sociální. (Čevela a kol., 2012)

Kalendářní stáří je dáno dosaženým kalendářním věkem. Světová zdravotnická organizace, pro jednoduchost, ohraničila jednotlivá vývojová stadia dle věkového rozpětí. Mezi 45. až 59. rokem věku života stanovila střední či zralý věk. Počátek kalendářního stáří byl stanoven, dle WHO, 60. rokem života. Tato životní etapa je označována jako rané stáří. Pomyslný začátek stáří byl ohraničen 74. rokem věku člověka. Začátkem 75. roku se rané stáří již mění v tzv. počátek vlastního stáří. Pokročilý nebo také vysoký věk trvá přibližně do 89. roku věku seniora. Třetí a zároveň poslední etapou stáří je životní období s názvem dlouhověkost. Za dlouhověkého je senior označován ve věku dosažených 90 a více let. (Šramo, 2012)

Biologické stáří je podmíněno involučními změnami a s tím souvisejícím poklesem potenciálu zdraví. Biologické stáří, na rozdíl od kalendářního stáří, nelze přesně stanovit. Jedná se o souhrn involučních změn, individuálních pro každého seniora. Biologické stáří reprezentují změny jako například pokles výkonosti, míra funkčního zdraví, dále změny fenotypu dobře rozpoznatelné pouhým okem – změny postavy, postoje, chůze, úbytek a šedivění vlasů, vysušování pokožky, změny chrupu, změny hormonální produkce a sekrece atd. (Uotinen et al. in Čevela a kol., 2012)

Na úroveň biologického věku má velký vliv dosavadní životní styl, genetické dispozice, ale také psychický stav seniora. Zda a jak se mu daří vyrovnat se s probíhajícím stářím či úroveň hodnocení sebe sama a prožitého života. (Příbyl, 2015)

Za počátek sociálního stáří se většinou považuje odchod jedince do důchodu. Tato životní etapa je spojena s významnými změnami na podkladě sociálních událostí. Sociální stáří provází řada problémů. Mezi nejčastější patří maladaptace na odchod do důchodu, ztráta společenské prestiže, pokles ekonomických příjmů, který v konečném důsledku může vést až ke snížení životní úrovně. Jako nejtěživější problém je však seniory vnímána osamělost, která často pramení ze ztráty životního partnera, svých přátel a vrstevníků. Zde vzniká začarovaný kruh. Senior se na podkladě následujících změn více uzavře do sebe a obtížně navazuje nové sociální kontakty, což ještě umocňuje pocit osamělosti. V tomto případě je velmi důležitá pomoc a pravidelný kontakt seniora s rodinou. (Příbyl, 2015)

1.2 Tělesné změny ve stáří

Jak již bylo řečeno, stáří je provázáno změnami na podkladě biologického, psychologického a sociálního rázu. Jednotlivými změnami se v následujících podkapitolách budeme zabývat podrobněji.

Tělesné změny se týkají se těla a orgánů. Zásadní úlohu v míře tělesných projevů stáří zaujímá životní styl a genetické dispozice. Klevetová a Dlabalová (2008) udávají tři zásadní typy funkčních změn nastávajících v období stáří. Jedná se o:

- úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové
- vyčerpání buněčných rezerv, které se projevují při reakci na zátěžovou situaci
- zpomalení většiny funkcí

1.2.1 Pohybový systém

U stárnoucích lidí dochází k poklesu tělesné výšky. Ke snižování dochází především v oblasti trupu, na podkladě snižování výšky meziobratlových disků, komprese obratlů apod. Vlivem úbytku aktivní tělesné hmoty, přibývá množství tuku a vaziva. Tělesný tuk se ukládá v tkáních, ale i v orgánech. Nejčastěji se ukládá v partiích břicha a boků. Naopak poměr tukové tkáně ubývá na nohách a na obličeji. Ubývá rovněž svalová hmota. Svaly atrofují. Tělo se stává ve vyšším věku méně hbité, což je spojeno se zvýšeným rizikem vzniku pádů. Starý člověk potřebuje zaměřit více pozornosti na zdánlivě jednoduché úkony, jako například přechod ze stoje do chůze. Chůze je pomalejší a výrazně nejistější. To souvisí s rychlejším nástupem svalové únavy. Odlišnosti lze pozorovat i v držení těla starého člověka. Postoj je shrbený. Lze zpozorovat také třes rukou. Vlivem ztráty minerálů důležitých pro osifikaci kostí nastává jejich řidnutí, které převažuje u žen. Kosti se stávají křehčí a jsou náchylnější ke vzniku zlomenin. Také klouby podléhají přirozeným involučním změnám. Kloubní opěrné oblasti jsou rozrušovány a mohou být postiženy vznikem osteofytů. Kromě kloubních opěrných oblastí se opotřebovávají i kloubní chrupavky. Poslední složkou pohybového systému jsou vazy. V pokročilém věku vápenatí, mění svoji strukturu a ztrácí se jejich charakteristická pružnost. (Dientsbier, 2009, Kalvach, 2004)

1.2.2 Kardiovaskulární systém

Cévní stěna ztrácí svou pružnost, je tenčí a má podstatně nižší elasticitu v důsledku poklesu množství kolagenu. Průtok krve cévami je zpomalen následkem zmenšování průsvitu cév aterosklerotickými pláty. Na dolních končetinách nejsou výjimkou křečové žíly, které s sebou přinášejí riziko v podobě vzniku krevních sraženin. (Dientsbier, 2009, Klevetová, 2008)

V srdečním svalu dochází k poklesu množství kardiomyocytů a také kontraktálních buněčných prvků. Klidová srdeční frekvence, ale i tepová frekvence při zátěži je proto nižší. Snížená je i poddajnost myokardu, jelikož určitá část svalových srdečních buněk zanikne a je nahrazena nepružnou vazivovou tkání. Srdce je menší a zároveň snižuje svou výkonnost. Proto se však srdeční sval zbytní, aby situaci kompenzoval. (Holmerová a kol., 2014, Dientsbier, 2009)

1.2.3 Dýchací systém

V důsledku osteoporózy skeletu se rozvíjí tzv. stařecký hrudník. Ochabuje mezižeberní svalstvo a bránice. Zároveň klesá inspirační a expirační tlak, vitální kapacita plic. Také řasinkové buňky sliznice dýchacích cest zhoršují svojí funkci a tím i samočistící schopnost dýchacího systému. (Holmerová a kol., 2014)

1.2.4 Trávicí trakt

Změny týkající se trávicího traktu pramení v dutině ústní ztrátou zubů. Následkem jsou obtíže s přijímáním a rozmělněním potravy. Snižuje se také tvorba slin. Zcela fyziologickým jevem ve stáří je pokles tonu horního jícnového svěrače. Snižuje se pohyblivost orgánů gastrointestinálního traktu a dochází ke snížení sekrece žaludečních šťáv. Společně s ochabnutím tonu v okolí bránice vzniká predispozice pro vznik brániční kýly. (Holmerová a kol., 2014)

Ani oblast střevních klků nezůstává nezměněná. Lze předpokládat redukci myenterického plexu. Či hojně se vyskytující bakteriální dysbalanci. Změny na podkladě střevních klků a peristaltiky střev jsou jednou z mnoha příčin vzniku chronické zácpy. Dalšími faktory, které napomáhají jejímu vzniku u seniorů jsou, nedostatečný přísun tekutin, nedostatek hrubé

vlákniny ve stravě, nedostatek pohybu. V oblasti konečníku klesá citlivost receptorů na náplň konečníku a také můžeme předpokládat snížené napětí svěrače. (Holmerová a kol., 2014)

Pružnost žlučovodů a žlučníku je podstatně snížena. Což souvisí se zhoršeným vyprazdňováním a odtokem žluči ze žlučníku. Slinivka břišní se zmenšuje, klesá produkce jejích hormonů a enzymů. S úbytkem enzymů slinivky břišní souvisí výskyt průjemovitých stolic u seniorů. Opět se jedná o jednu z možných příčin vzniku. Játra svou hmotnost ve stáří ztrácejí. Společně s poklesem aktivity mikrosomálních enzymů mají změny na úrovni jater vliv na farmakokinetiku a farmakodynamiku podaných léčiv ve stáří. (Holmerová a kol., 2014)

1.2.5 Hormonální změny

Změny v hormonální oblasti nastávají u obou pohlaví odlišným mechanismem. U žen je hormonální pokles podstatně rychlejší, než tomu je u mužů, kde lze hovořit o kontinuálním poklesu hladiny hormonů. Snižuje se produkce růstového hormonu u obou pohlaví a to o 14 %. U mužů klesá hladina testosteronu. U žen v důsledku menopauzy, která nastává přibližně okolo 50. roku, dochází k poklesu estrogenů a progesteronů, ale také k četným fyzickým a psychickým změnám. Je ukončen menstruační cyklus, zmenšují se vaječníky a ustává ovulace. (Holmerová a kol., 2014)

Na podkladě změn hladin pohlavních hormonů u žen, vzniká četné množství doprovodných jevů. Patří sem návaly horkosti. Návaly se objevují nejčastěji v průběhu noci. Typické pro návaly jsou pálivé a horké pocity na kůži provázené pocením. V důsledku vazomotorické nerovnováhy, ženy pociťují palpitace, zimnice, závratě či brnění kůže. Se snížením hladiny estrogenů se pojí zmenšení dělohy a atrofování vaječníků a prsou. Atrofie se projevuje také u svalů ovládajících močové cesty. Společně s povolením svalů dna pánevního a poklesem dělohy dochází k inkontinenci moči. (Liefer, 2004)

1.2.6 Nervový systém

Pokud hovoříme o změnách nervového systému ve stáří, máme na mysli tzv. neurodegenerativní procesy. Patří sem pokles hmotnosti mozku. Dále aterosklerotické procesy cév. Změny na úrovni neuronů, konkrétně úbytek bílé mozkové hmoty. (Holmerová a kol., 2014). „Důsledkem anatomických a funkčních změn nervové soustavy je zapomětivost, zpomalené reakce, výpadky paměti, snižující se schopnost učit se či zvládat nové podněty.

Vázne dedukce, zobecňování na základě zkušeností a propojení s novými informacemi. Vázne schopnost inovace v myšlenkové i manuální oblasti “ (Dientsbier, 2009, s. 24).

1.2.7 Smyslové orgány

Smyslové orgány jsou nepostradatelnou složkou kontaktu s vnějším prostředím. Jejich prostřednictvím přijímáme podněty z okolí. Protože smyslové orgány přímo souvisejí s tvorbou a porozuměním mluvené řeči, může být jejich zhoršená funkce jednou z komunikačních bariér. Budeme se proto jednotlivým smyslům věnovat podrobněji. (Stuart-Hamilton, 1999)

Zrak

Příčin zhoršení zraku ve stařeckém věku může hned být několik. Podstatou fyziologického zhoršení zraku ve stáří je ztráta pružnosti oční čočky. Klesá schopnost akomodace neboli schopnost zaostřovat na blízko a také na různé vzdálenosti. Zhoršení zraku na podkladě ztráty pružnosti oční čočky označujeme jako presbyopii. Mnoho starých lidí postihuje také ztráta zrakové ostrosti. Změny lze pozorovat ve vnímání intenzity světla. Staří lidé vidí dobře světlo vyšší intenzity. S tím úzce souvisí fakt, že senioři podstatně hůře přizpůsobují svůj zrak na vidění za šera. (Stuart-Hamilton, 1999)

Komplikujícím faktorem přijímání zrakových podnětů starými lidmi může být delší čas nutný pro zpracování a identifikaci pozorovaných podnětů. Zároveň dochází ke zmenšování zorného pole. (Stuart-Hamilton, 1999)

Sluch

Sluch během dospělosti pozvolna slábne. Velký vliv na kvalitu sluchu ve stáří mají vnější vlivy. Například hlučné prostředí, pokud v něm dotyčný celý život pracoval nebo byl vystavován pravidelně nadměře hluku. (Stuart-Hamilton, 1999)

Následkem stárnutí podléhá zevní i vnitřní zvukovod následujícím změnám. Zevní zvukovod má podstatně vyšší tendenci zanášet se ušním mazem. Což je jedna z nejnáze vyřešitelných komplikací, které ve stáří omezují náš sluch. Závažnější jsou však změny na úrovni středního ucha. V důsledku zvápenatění či artrózy kosti středního ucha se zhoršuje

přenos zvuku o vysokých frekvencích. Další možnou příčinou zhoršení sluchu, pramenící ve vnitřním uchu, je postupné ztenčování vláken sluchového nervu. Atrofie tohoto nervu je způsobena nedostatečným prokrvením a růstem kosti. Následkem je zúžení kanálku, kterým prochází nervová vlákna. (Stuart-Hamilton, 1999)

Chuť a čich

Přibližně po padesátém roce věku života otupují. Výrazněji se to projevuje u žen. Chuťové buňky jsou méně citlivé. Vnímají hůře slanou a sladkou chuť (Dientsbier, 2009). Čich slábne velmi podobně jako zrak. (Klevetová, 2008)

Hmat

Hmat je zprostředkován prostřednictvím senzorických receptorů umístěných v kůži. Obě komponenty cítění, tedy kůže a senzorická čidla jsou podrobeny fyziologickým změnám. Kůže ztrácí svou pružnost, tvoří se vrásky, ztenčuje se. Snižuje se kožní turgor. Po celém těle lze pozorovat pigmentové skvrny. Kůže je sušší a méně pružná, z důvodu zhoršující se funkce mazových žlázek. Zhoršená je i regenerace kůže. Senzorické receptory snižují svou citlivost na teplo, chlad, dotyk a bolest. Rovněž ubývá četnost jejich rozmístění v kůži. (Dientsbier, 2009)

1.3 Psychosociální změny ve stáří

Změny na psychosociální úrovni s sebou přinášejí změny v prožívání a chování seniora, společně se změnou postavení ve společnosti. Změny psychiky se projeví v poznávacích procesech (např. paměť, pozornost, myšlení apod.). Senioři se hůře přizpůsobují novým životním situacím. Dále je častá oslabená funkce smyslových orgánů, jejímž důsledkem je snížené vnímání podnětů. Z toho pramení negativní pocity jako úzkost, strach a nejistota. Senior se v důsledku svého handicapu bojí stýkat s ostatními lidmi. Situace může vyústit v izolaci seniora, který se odmítá setkávat s dalšími lidmi, nevychází ven, je uzavřený, skeptický a ostražitý. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Počátkem vlastního stáří se mohou u některých seniorů objevit poruchy paměti, rozhodovacích schopností, i poruchy osobnosti. S přibývajícím věkem stoupá četnost chronických onemocnění, které se podílí na zhoršení soběstačnosti seniorů. Starý člověk preferuje konzervativní, již osvědčené postupy. Nerad mění svůj styl života. Cítí se nejistý při řešení všedních drobných obtíží. Jednou z velmi žalostných událostí života, která ke stáří patří, je ztráta životního partnera. Pozůstalý partner je nyní osamělý a ztrácí chuť do života. Následující změny se výraznou měrou podílí na psychickém prožívání seniora. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Beze změny nezůstává ani oblast citového života. Základem těchto přirozených změn je opět individualita jedince. Obecně lze říci, že staří lidé jsou citlivější, emotivněji prožívají situace, snadno podlehnou dojetí. Některé vlastnosti osobnosti se mohou ve stáří ještě více prohloubit. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

2 Komunikace – hlavní dorozumívací prostředek

Slovo komunikace pochází z latinského *communicare* a znamená něco spojovat. Tento pojem má velmi široké spektrum využití. Nás bude zajímat především jako prostředek vzájemného spojení mezi lidmi za účelem předávání informací. (Mikulaščík, 2010) „V psychologii není komunikace považována jen za pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem. Jde o mnohem více, jde o sebe prezentaci, o sebepotvrzení. Jde o vyjádření postojů k předmětu, ke komuniké, ale i k příjemci sdělení. Jde o různou úroveň působení, ovlivňování, znesnadňování, či usnadňování porozumění. Nelze proto nekomunikovat“ (Mikulaščík, 2010, s.20).

Komunikace je tedy klíčovým procesem sebevyjadřování. Pomocí komunikace si navzájem vyměňujeme informace v mluvené, psané, obrazové nebo činnostní formě. Mimo jiné slouží jako prostředek pro vytváření a ovlivňování vzájemných vztahů. (Mikulaščík, 2010)

2.1 Funkce komunikace

Jak už bylo zmíněno, význam slova komunikace je opravdu rozsáhlý. Obdobná situace nastává u komunikačních funkcí. Hranice jednotlivých funkcí nejsou jednoznačně určené a mohou se navzájem překrývat.

Pohle B.J.Wahlstrom, 1992, J.W. Gibson, S. H. Hanna, 1992 in Mikulaščík 2010 rozlišujeme celkem dvanáct komunikačních funkcí.

- **Funkce informativní:** Podstatou je předávání informací, faktů nebo dat mezi lidmi.
- **Funkce instruktivní:** Tato komunikační funkce má velmi podobný charakter jako funkce informativní, obsahuje navíc vysvětlení významů, popisu, postupů, organizace, návodu, jak něco udělat, jak něčeho dosáhnout.
- **Funkce přesvědčovací:** Podstatou této funkce je cílené působení na jiného člověka se záměrem změnit jeho názor, postoj, hodnocení nebo způsob konání.
- **Funkce posilovací a motivující:** Má stejnou podstatu jako funkce přesvědčovací. Jedná se o posilování pocitů sebevědomí, vlastní potřebnosti, o posilování vztahu k něčemu.
- **Funkce zábavná:** Jejím účelem je pobavit a rozesmát sebe či posluchače. Dále vyplnit čas komunikováním, které vytváří pocit pohody a spokojenosti.

- **Funkce vzdělávací a výchovná:** Objevuje se v typickém prostředí vzdělávacích institucí. Kromě komunikačních funkcí je doplněna funkcemi jako například dohled, dozor, kontrola.
- **Funkce socializační a společensky integrující:** Účelem je vytváření vztahů mezi lidmi, vzájemné sbližování, navazování kontaktů a zároveň posilování pocitu sounáležitosti. Způsob komunikace je závislý na společenské úrovni, ve které nacházíme, nebo do které se chceme začlenit.
- **Souvztažnost:** Sdělované informace jsou přiřazovány určitým souvislostem, které nám je pomáhají lépe pochopit.
- **Funkce osobní identity:** Komunikace je vedená na úrovni osobnosti. Podstatou je ratifikace sebepojetí. Tato komunikační funkce je klíčová, již v období dětství. Napomáhá nám k zodpovězení některých základních otázek typu – kdo jsme, kam směřujeme a v co věříme. Dále si uspořádáme své postoje i názory. Ujasníme si podstatné věci o sobě samém.
- **Poznávací funkce:** Umožňuje každodenní sdělování zážitků, vzpomínek či plánů. Zkušenosti ostatních lidí nám ve zkrácené podobě podávají informace, které bychom v takové šíři nebyli schopni prožít.
- **Funkce svěřovací:** Někomu blízkému sdělíme důvěrné informace. Sdílíme s ním věci, které nás trápí. Tím se zbavíme vnitřního napětí. Většinou poté očekáváme podporu a pomoc.
- **Funkce úniková:** Úniková funkce přináší odreagování, především v situacích, kdy je člověk přepadlý či sklíčený. Má chuť si nezávazně popovídat o obyčejných věcech.

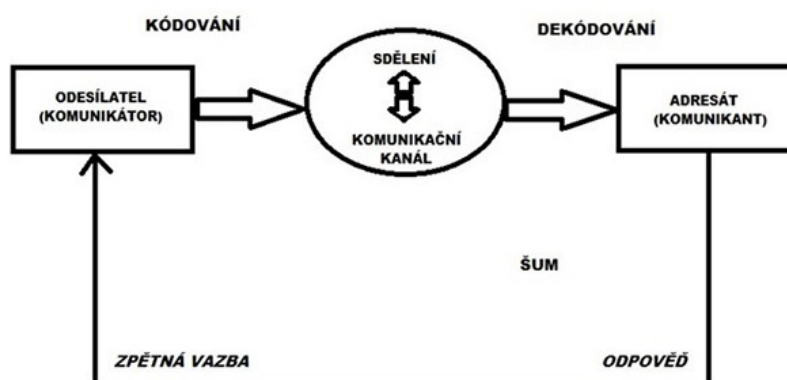
2.2 Komunikační proces

Komunikace probíhá vždy mezi dvěma či více lidmi. Každý ze dvou komunikujících se snaží druhého účastníka komunikace ovlivňovat, hledat u něj sebepotvrzení a podporu. Dává tím zároveň ve svém projevu najevo nepsaná pravidla dalšího průběhu komunikace – zda je ochoten ustoupit, naslouchat, zda chce dominovat, co má rád a co naopak nesnáší. Pokud nastane situace, že průběh komunikace není takový, jaký by si jeden z komunikujících přál, změní svou taktiku. Snaží se zapůsobit více na city či argumentovat něčím, co původně neměl vůbec v úmyslu. Proto lze říci, že se jedná o proces proměnlivý. Účastníci mohou aktivně iniciovat nějakou změnu. Komunikace je závislá na velkém množství vnějších podmínek a

vlivů. Ovlivňují ji také, ze strany komunikátora, výrazným způsobem i emoční stavy. (Strnadová, 2011)

Vzájemné sdělování informací neprobíhá formou jednostranné komunikace. Jde o oboustranný proces. Podstatou je střídání rolí komunikátorů a komunikantů. Komunikační proces probíhá následujícím způsobem a účastní se ho níže uvedené prvky. (Strnadová, 2011)

Obrázek č. 1: Komunikační proces



Zdroj: Pechačová, Natovová 2012

- **Komunikátor (odesílatel):** Vysílá zprávu. Předpokladem úspěšné komunikace jsou stejné nebo podobné poznatky a zkušenosti komunikátora a komunikanta. Do svého sdělení je komunikátorem promítáno osobní zaujetí. Chce být vyslechnut, pochopen a přijat. V rozhovoru se projevují i komunikátorovy zkušenosti a jak je naladěn. Komunikátor má v oblibě prezentovat sám sebe, a říkat, kdo je. Mezi komunikační chyby ze strany komunikátora patří zkreslování informací, pokud komunikant není stoprocentně informovaný. Také chaotický způsob sdělování informací, použití nevhodných komunikačních prostředků apod. (Strnadová, 2011)
- **Komunikant (adresát):** Příjemce vyslané zprávy. Vnímání předávaného sdělení je také, podobně jako u komunikátora, ovlivňováno vlastními zkušenostmi, prožitky, záměry a cíli. Podstatou přijímání obsahu komunikantem je sledování věcného obsahu informace a vyslechnutí sdělované informace až do konce bez přerušování. (Strnadová, 2011)
- **Komuniké (sdělení):** Vyslaná zpráva. Nejčastěji se jedná o myšlenku či pocit, který jeden člověk sděluje druhému. Sdělení může mít verbální či neverbální podobu. Příkladem verbálního sdělení je např. slovo označující konkrétní věc. Příjemce většinou na základě svých zkušeností pochopí, co má odesílatel na mysli. Komplikovanější

situace nastává u neverbálních symbolů. Celé sdělení může být nyní odlišně chápáno. (Strnadová, 2011)

- **Komunikační jazyk:** Specifický prostředek, který slouží k předání komunikační zprávy. (Strnadová, 2011)
- **Kódování:** Jde o klíčový proces na straně komunikátora. Závisí na jeho slovní zásobě, znalosti jazyka a schopnosti se vyjádřit. (Strnadová, 2011)
- **Dekódování:** Dekódování je typické pro příjemce zprávy. Závisí na schopnosti porozumět předávané zprávě. (Strnadová, 2011)
- **Komunikační kanál:** Značí cestu, kterou je informace posílána. Při komunikaci tváří v tvář, tvoří hlavní komunikační kanál zvuky, pohledy, pohyby těla, ale také parfém účastníka rozhovoru, oblečení, či příjemný hlas apod. (Mikuláščík, 2010)
- **Zpětná vazba:** Zpětná vazba je reakce na přijatou zprávu. Většinou bývá v podobě potvrzení nebo způsobu interpretace. Její význam spočívá v udržování obou účastníků komunikace v komunikační situaci. Komunikátor má rovněž pomocí zpětné vazby přehled, jak byla odeslaná zpráva přijata a chápána. Zpětná vazba by měla následovat co nejdříve po přijetí zprávy. (Strnadová, 2011)
- **Komunikační prostředí:** Prostor, ve kterém se komunikace odehrává. Zahrnuje také vlivy jako osvětlení, uspořádání místnosti, přítomnost různého počtu lidí ale i komunikační šum. Komunikační šum ovlivňuje pozornost i porozumění komunikátora i komunikanta navzájem. Jedná se o informace mísící se do vnímaného sdělení. Může vznikat vlivem prostředí (např. hluk, nepříjemně svítící slunce, horko apod.). Nebo může být psychického charakteru (např. vtíravé myšlenky, únava, nesoustředěnost apod.). (Strnadová, 2011)
- **Kontext:** Tvoří rámec pro průběh komunikace. (Strnadová, 2011)

2.3 Verbální komunikace

Podle Janáčkové a Weisse (2008) je verbální komunikace sdělování informací za pomoci slov. Je to nezbytná součást společenského života a také podmínka pro myšlení. Verbální komunikace slouží k předávání myšlenek, informací, sdílení zážitků a zkušeností, dále pro ověření názoru druhých lidí, mimo jiné i k vnímání okolního světa. (Strnadová, 2011, Pokorná, 2010)

Řeč je nástrojem verbální komunikace. Je definována jako „schopnost určitého společenství dorozumívat se určitým jazykem“ (Janáčková, Weiss, 2008, s. 15). Skládá se ze slov, které jsou nositelé určitého významu. Ideální situace by nastala, pokud bychom se všichni za pomoci slov jednoznačně dorozuměli. Různá slova, však mohou ukrývat velké množství odlišných významů. Právě to je jedna z možných příčin vzájemného nepochopení. (Janáčková, Weiss 2008) „Abychom správného porozumění dosáhli, musíme si nejdříve ujasnit svou motivaci, tj. oč nám jde, a poté zvolit vhodný význam použitých slov a vět. Naslouchající slyší, co je mu sdělováno, ale může si vykládat význam slov podle svého. Je proto nutné se ubezpečit, zda bylo naše sdělení správně pochopeno a zda je akceptováno“ (Janáčková, Weiss, 2008, s. 15–16).

Slova, která podvědomě volíme pro vzájemnou komunikaci, jsou dána našimi zkušenostmi. Způsoby, jak se vyjadřujeme, jsou nositelé, pro každého jedince nezaměnitelného jazykového stylu. Každý komunikátor používá více odlišných jazykových stylů, v závislosti na prostředí nebo situaci, ve které se právě nachází. Například mezi přáteli a blízkými většinou používáme neformální jazykový styl. Pokud však nastane situace, že hovoříme s nadřízeným, snažíme se o to, aby náš projev byl kultivovaný a formální. Specifickou nestandardní formu jazyka tvoří dialekt neboli nářečí. Dialekt je používán konkrétní skupinou lidí, většinou bývá izolovaná. Vyznačuje se především jedinečnou strukturou gramatiky a specifickými styly mluvení. Typicky známý je dialekt valašský, chodský, hanácký, brněnský apod. (Strnadová, 2011)

2.3.1 Paralingvistické prvky verbálního projevu

Tyto prvky podtrhují význam řečeného sdělení. S jejich pomocí řečník projevuje svůj postoj, vřelost, sympatie, zaujetí či zlobu. Patří sem následující činitele:

- **Hlasitost verbálního projevu:** Může vypovídat o tom, do jaké míry je mluvčí zaujat věcí, o které hovoří. Tichý přednes mluvného projevu může naznačovat stydlivost, nesmělost. Naopak hlasitý projev značí sebevědomí, uvolněnost, přátelskost. Je

doporučeno, zejména při delším přednesu, hlasitost obměňovat. Zabráníme tím monotónnosti, která na posluchače působí tlumivě. (Strnadová, 2011)

- **Výška tónu řeči:** Výška a společně s ní i zabarvení hlasu jsou individuální. Strnadová udává, že přesvědčivěji a důvěryhodněji působí hlubší hlas, posazený v nižší poloze. (Strnadová, 2011)
- **Rychlost verbálního projevu:** Tempo verbálního projevu je vhodné měnit s ohledem na obsah sdělení. V případě, že téma je těžší na pochopení, či obsahuje významné informace, je vhodnější pomalejší tempo řeči. Rychlejší řeč, se posluchačům podstatně hůře vnímá. Toto tempo řeči je charakteristické pro temperamentní mluvčí, nebo může značit nervozitu přednášejícího. Pomalé tempo řeči je často znakem rozvahy, vyrovnanosti, ale také může vyjadřovat váhavost mluvčího. (Strnadová, 2011)
- **Objem řeči:** Značí množství slov, které je hovořícím člověkem v průměru řečeno za určitý časový úsek konverzace. Míra produkce slov je individuální. V konverzaci je důležité, respektovat přibližně stejný poměr vstupů všech účastníků do konverzace, aby postavení všech účastníků bylo rovnocenné. (Strnadová, 2011)
- **Plynulost řeči, pomlky, frázování:** Pomlky mohou zesílit účinnost projevu. Pokud ji mluvčí zařadí do svého projevu, může být chápána jako očekávání, výzva, požadavek na zvýšení pozornosti, příležitost na přemýšlení pro posluchače. V krajním případě značí uraženost a pohrdání. Dále nám pomáhá rozdělit monolog na logické celky. (Strnadová, 2010)
- **Barva hlasu a emoční náboj:** Barva našeho hlasu má konkrétní složku, která je neměnná. Pokud je člověk pod vlivem emočního prožitku, objevuje se typicky proměnlivost hlasového zbarvení. (Strnadová, 2010)
- **Kvalita řeči:** Udává, do jaké míry je sdělení přesné a srozumitelné. Nebo naopak rozvláčné a nepřesné. (Strnadová, 2010)

2.4 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace doplňuje komunikaci verbální. Jedná se o takové sdělení, při kterém si informace předáváme beze slov. Beze slov si navzájem sdělujeme emoce – pocity a nálady, naznačujeme zájem či nezájem, vytváříme dojem, o tom, kým jsme, řídíme průběh komunikačního styku a ovlivňujeme postoj komunikačního partnera. Neverbální projev vzhledem k verbálnímu plní nezastupitelné funkce. Může opakovat či zesilovat verbální sdělení (např. zvednuté prsty symbolizují řečenou číslovku), může sloužit jako prostředek odporování.

V některých situacích lze zareagovat na verbální zprávu pouze neverbálními signály (např. projev radosti). Některými neverbálními gesty dodáme našemu sdělení důraz (např. zvednutý ukazováček). V neposlední řadě tvoří systém regulace verbálního sdělení. (Janáčková, Weiss, 2008, Strnadová, 2010)

Neverbální komunikace nám vypovídá mnoho o pocitech a postojích druhých lidí. Její projev je na první pohled dobře zřetelný, ovšem hůře interpretovatelný. Největší význam posluchač přikládá neverbálním projevům v okolí hlavy a obličeje. Poté pohybu rukou a paží. Nakonec pohybu nohou. Mezi neverbální projevy řadíme: *mimiku, gestiku, posturologii, kineziku, pohledy, proxemiku, haptiku a chronemiku*. Kromě těchto prvků neverbální komunikace je verbální projev ještě dotvářen celkovou image a rekvizitovými prostředky komunikujícího. Dále prostředím, ve kterém se člověk vyskytuje. V neposlední řadě můžeme nemalé množství informací sdělit našimi činy. (Strnadová, 2010)

Mimika

Jedná se o proces sdělování za pomoci výrazu v obličeji. Pohyby obličejových svalů jsou velmi přesnými ukazateli emocí. Ukazují nám nynější psychický stav jedince. Nemusí však vždy souhlasit s aktuálním prožitkem. Mimika představuje soubor velmi jemných komunikačních signálů. V lidském obličeji lze nejlépe rozpoznat sedm základních emocí: štěstí – neštěstí, překvapení – splněné očekávání, úzkost a strach – pocit jistoty, smutek – radost, rozčilení – klid, nespokojenost – spokojenost, nezájem – zájem. Ostatní emoce jsou pro posluchače podstatně hůře rozpoznatelné. Vždy je důležité brát v potaz kontext celé situace. (Janáčková, Weiss, 2008, Strnadová, 2010)

V obličeji rozeznáváme tři mimické oblasti, které jsou typické pro určité emoce. Jedná se o obočí a čelo, oblast očí, oblast okolo úst. Okolí čela je typické pro emoce jako překvapení, údiv, úzkost. Pozvednutí obočí nejčastěji signalizuje zájem, či pozdrav. Můžeme však za pomoci obočí dát najevo i vztek či podráždění. Další zónou je oblast očí. Tato oblast odráží celou škálu emocí od pozitivních po negativní. U pacientů se typicky v této oblasti setkáváme s výrazy úzkosti, strachu, napětí či smutku. Pro třetí a poslední mimickou zónu jsou dominantní ústa. Bezpečně lze zde rozpoznat radost, smutek, napětí a údiv. (Janáčková, Weiss, 2008, Strnadová, 2010)

Gestika

Zahrnuje úmyslné pohyby rukou, hlavy, popřípadě i nohou. Gesta mají již domluvený smysl. Jejich účelem je zdůraznění nebo dokreslení verbálního sdělení. Popřípadě mohou verbální sdělení zcela zastoupit. Mezi běžná a velmi rozšířená gesta patří např. podpírání brady rukou, které je známkou nudy, mnutí brady rukou je zase typické pro rozhodování, založené a zkřížené paže značí nesouhlas, zkřížené nohy jsou podobně jako zkřížené ruce známkou odmítavého postoje apod. (Janáčková, Weiss, 2008, Strnadová, 2010)

Posturologie

Podstatou posturologie je komunikace za pomoci držení těla, jeho napětí či uvolnění. Dále se zde projevuje celková souhra všech částí těla, směr natočení a postoj těla. Vyjadřuje emoční stav, postoj k partnerovi nebo ke sdělení. Pokud jsou pozice obou účastníků konverzace ve shodě, jde o vzájemné porozumění či sympatie, tzv. zrcadlení. Pokud však ve shodě nejsou, jedná se pravděpodobně o negativní vztah. (Strnadová, 2010)

Kinezika

Označuje pohyby různých částí těla. Jsou spontánní a nemají svůj ustálený význam jako gesta. Tyto mimovolné pohyby jsou z velké části individuální. Z těchto spontánních pohybů lze zjistit informace o momentálním naladění druhé osoby. Je to např. kousání do rtu, záškuby ramen, procházení se po místnosti tam a zpět apod. Při interpretaci je vhodné vycházet z kontextu celé situace. Výše uvedené pohyby se nedají většinou objasnit jednoznačně. (Strnadová, 2010)

Pohledy

Za pomoci očního kontaktu informace nejenom sdělujeme, ale také přijímáme. Lze říci, že pokud chce komunikátor svého partnera v komunikaci ovlivnit, jsou pohledy delší a častější. Delší pohled také komunikátor věnuje osobě, které si váží nebo ho zajímá. Je však nutné dodat, že příliš dlouhý a utkvělý pohled může být považován za provokaci, stejně jako naprosté vyhýbání očnímu kontaktu. Zvýšená intenzita mrkání se může objevit, pokud je partner ve stavu rozčilení. Pokud je však protějšek klidný, až sebejistý, je intenzita mrkání výrazně nižší.

Výrazné rozšíření zornic je možné pozorovat při zvýšeném zájmu o protějšek. A vrásky kolem očí se vyskytují nejčastěji v případě, pokud je úsměv upřímný. (Strnadová, 2010)

Proxemika

Proxemika označuje vzdálenost, kterou při komunikaci zaujímáme. Každý z nás tento prostor potřebuje jiný, aby se cítil co nejkomfortněji. Opět se jedná o složku individuální, ale také kulturně různorodou. Každý má svojí stálou distanci, kterou si dodržuje a cítí se v ní bezpečně. Pokud někdo neznámý naruší naši osobní zónu, většinou se podvědomě bráníme ústupem do příjemnější vzdálenosti. Čím si jsou lidé navzájem sympatičtější, tím je vzdálenost v rozhovoru podstatně menší. Například muži udržují v rozhovoru menší vzdálenost v porovnání s ženami, a to jak vůči mužům, tak vůči ženám. Při prvním kontaktu je vzájemná vzdálenost větší než při dalším setkání. (Strnadová, 2010)

Vzdálenost, kterou v procesu komunikace navzájem zaujímáme dělíme do čtyř proxemických zón. Hranice mezi těmito zónami nejsou ostré, ale navzájem se překrývají. (Janáčková, Weiss, 2008)

- **Veřejná zóna:** Nad 360 cm. Ve veřejné zóně se setkáváme s cizími lidmi. Např. lidé na ulici, nebo přednášející v posluchárně.
- **Sociální zóna:** Vzdálenost od 360 cm do 120 cm. Nejčastější vzdálenost pro situace, kdy jedinec mluví ke skupině, která se nachází v místnosti. Často školní třída, pracovní rozhovory v kanceláři, či jiné neosobní rozhovory.
- **Osobní zóna:** Od 120 cm do 75 cm, nebo je také popisována jako vzdálenost natažených paží. Do osobní zóny se dostanou lidé, s kterými si podáme ruku, nebo přátelé v rámci neformální komunikace. Pokud je osobní zóna překročena nebo narušena, vyvolá to ústup.
- **Intimní zóna:** Od 45 cm do vzdálenosti těla. Do této zóny pustíme pouze ty, kterým věříme, nejčastěji je to partner, děti, nejbližší členové rodiny. (Janáčková, Weiss, 2008)

Haptika

Základním kamenem haptiky jsou doteky. V rámci komunikace se lidé navzájem více či méně dotýkají. Tyto doteky mohou mít různý charakter, formální, neformální, přátelský, či intimní. (Strnadová, 2010)

Strnadová (2010) rozlišujeme tři doteková pásma.

- **Pásma společenské a zdvořilostní:** Oblast rukou a paží. Podání ruky či poplácání po paži či ramenou.
- **Pásma osobní a přátelské:** Oblast ramenou, paží, vlasů, obličeje. Často jde o pohlazení po tváři či vlasech.
- **Pásma intimní:** Neomezené pásmo dotyků

Chronemika

Jedná se o využívání času v komunikačním procesu. Jak komunikujeme v časových souvislostech. Dále nás v rámci chronemiky zajímá vyváženost doby komunikace ze strany komunikátora a komunikanta. Aby každý z účastníků rozhovoru respektoval stejné právo na vstup do rozhovoru. (Strnadová, 2010)

Kromě všech uvedených prvků neverbální komunikace však komunikuje i pomocí své image, jak jsme upraveni, učešání, jaké nosíme oblečení, zda příjemně voníme, jak vypadá pracovní prostředí okolo nás, zda je náš slovní projev spjat s našimi skutečnými činy apod. To vše působí na příjemce rozhovoru určitým dojmem a pomůže mu vytvořit si určitý náhled na naši osobnost. (Strnadová, 2010)

2.5 Komunikační bariéry

Každý komunikující se určitě už někdy setkal s překážkami, které mu komplikovali komunikaci a následné porozumění. Důležitým momentem je proto uvědomit si následující bariéry a snažit se je odstranit. Komunikační bariéry rozlišujeme na interní a externí. (Strnadová, 2010)

Interní bariéry: Charakter interních bariér vytvářejí osobnostní problémy komunikujícího. Patří sem:

- Obavy z neúspěchu, které často působí svazujícím dojmem a na venek se projevují např. chvěním hlasu.
- Často jde o problémy osobního rázu. Ty se poté promítají do vnějšího jednání a projevují se zhoršenou kontrolou morálních pravidel, slušného chování a úcty k partnerovi.
- Rozdíly mezi účastníky komunikace, které jeden z komunikujících není schopen respektovat. Jedná se např. o nižší sociální úroveň účastníka konverzace, odlišná kultura, mluva v podobě slangu nebo nářečí, hovorový jazyk, odlišná slovní zásoba komunikujících.
- Bariéry mohou mít také podobu neúcty, nesympatie, povýšenectví, xenofobie apod.
- Skákání do řeči je častým a obtěžujícím nešvarem v komunikaci.
- Tzv. stereotypizace, komunikačního partnera zařazujeme do určité kategorie, pomocí níž mu přisuzujeme další vlastnosti. Podle toho s ním i jednáme. Např. úředník, pedagog, policista apod. (Strnadová, 2010)

Externí bariéry: Mají původ v okolním prostředí, často jako rušivé elementy.

- Nevhodné či nezvyklé prostředí, ve kterém se komunikační partner necítí příjemně a uvolněně.
- Vyrušování třetí osobou, která může rozhovor přímo vyrušovat nebo být pouze přítomna.
- Hluk, šum z okolí. (Strnadová, 2010)

2.6 Specifika komunikace se seniory

Základem efektivní komunikace se seniory je přizpůsobení konverzace individuálním požadavkům seniorů. Zvýší se tím pravděpodobnost porozumění a zároveň se omezí možnost nesprávného pochopení. V případě normálního stárnutí se u seniorů objevují především fyziologické změny kognitivních funkcí, jako jsou drobné poruchy paměti a poruchy psychických funkcí. Tyto drobné abnormality se postupem věku objevují u většiny populace. (Pokorná, 2010) Kalvach a Onderková (2006) in Pokorná (2010) udávají čtyři hlavní potřeby seniorů v souvislosti s komunikací

- Potřeba sociálního kontaktu a interakce
- Potřeba vysvětlení a potvrzení, ujištění
- Potřeba rady, podpory a edukace
- Potřeba komfortu a útěchy, ujištění a uklidnění

Komunikace se seniory vykazuje, kromě výše uvedených, také následující znaky. Reakce seniorů jsou pomalejší. V praxi jsou častými důsledky vzniklé komunikační problémy v konfrontaci s mladší generací, která bývá netrpělivější. Dalším typickým znakem je opakování již řečeného sdělení, které může být projevem pocitů nejistoty či snížení koncentrace. Pro stáří je typickým problémem nedoslýchavost. Senior poté musí do komunikace vkládat velké množství úsilí. I přes to se může stát, že správně neporozumí. Výsledkem bývá nepřiměřená reakce seniora na danou situaci. Senioři rádi mluví o svých nemocech a problémech. Podstatou však není simulace problému. Tímto jednáním si snaží získat pozornost pečujících osob. (Špatenková, Králová, 2009)

2.6.1 Bariéry v komunikaci se seniory

Se zvyšujícím se věkem vznikají u seniorů četné fyziologické změny na podkladě fyzického, psychického a sociálního. Tyto změny tvoří základ pro vznik komunikačních bariér seniorů. Komunikační bariéry lze rozdělit dle několika hledisek na interní a externí. (Pokorná, 2010) Clark (1992) in Pokorná (2010) popisuje následující komunikační bariéry: problémy vyplývající z poškození zrakových funkcí, poškození sluchu, senzorická deprivace, potíže s orientací a zmatenosti, problémy spojené s poruchou řeči, potíže způsobené v důsledku cévní mozkové příhody. Křivohlavý (2002) in Pokorná (2010) dělí bariéry komunikace do následujících kategorií: anatomické a fyziologické změny v průběhu stárnutí, změny

psychických funkcí, změny v kognitivní oblasti a změny v oblasti životní orientace, emocionální oblasti a kreativity. (Pokorná, 2010)

2.7 Komunikace se seniory se specifickými obtížemi

Pacient se syndromem demence

Syndrom demence vzniká na podkladě ireverzibilního organického poškození mozku. Určujícím znakem je snížení úrovně inteligence pacienta. (Venglářová, Mahrová, 2006, Kisvetrová, Ježorská, 2014). „O demenci se jedná tehdy, když člověk začne selhávat v běžných denních aktivitách – v zaměstnání, sebeobsluze, sociálních vztazích. Okolí nemocného si zpočátku všimne častějších nebo trvalejších změn nálady, z nichž převažuje smutek a deprese, dále změn rysů osobnosti a neobvyklých reakcí v běžných situacích. Mnohdy dochází ke změnám osobnosti nemocného, zvyšuje se koncentrace na vlastní osobu, vztahovačnost a pocity ohrožení. Poruchy paměti se mohou objevit až později“ (Kisvetrová, Ježorská, 2014, s. 92). Poruchy v souvislosti s nastupujícím syndromem demence přicházejí pozvolna a postupně se zhoršují. Postihují především kognitivní funkce a chování pacienta. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Poruchy paměti: Pacienti jsou postiženi poruchami krátkodobé paměti. Obtíže jim činí především získávání nových informací, konkrétně jejich vybavení. Na chybějící informace se opětovně dotazují a odpovědi okamžitě zapomínají, takže se celý proces opakuje. Časté jsou také poruchy orientace. Nemocný má obtíže vyznat se v situacích, ve kterých se zrovna nachází. (Zgola, J. M. in Venglářová, Mahrová, 2006)

Poruchy řeči: Postihují, jak schopnost porozumět mluvené řeči, tak i schopnost produkovat mluvenou řeč. Konkrétně mají pacienti obtíže s vyjádřením svých myšlenek. Nedokážou porozumět sdělením, která vyjadřují druzí. (Zgola, J. M. in Venglářová, Mahrová, 2006)

Poruchy pozornosti: Pacient má obtíže s udržením pozornosti. Bývá roztěkaný, nevydrží se věnovat jedné činnosti. (Zgola, J. M. in Venglářová, Mahrová, 2006)

Doporučení po komunikaci s pacientem se syndromem demence

- Ještě, než začnete rozhovor, měli byste se přesvědčit, že vám pacient věnuje pozornost.
- Tempo mluveného projevu by mělo být pomalé, výslovnost zřetelná.
- V případě, že pacient pokládané otázky nepochopí, zopakujte svá sdělení znovu.

- Bedlivě pozorujte neverbální komunikaci pacienta. Pokud pacient s demencí neví, jak by své myšlenky vyjádřil, využijte technik neverbální komunikace.
- Zjistěte, co konkrétnímu pacientovi usnadní pochopení sdělené informace např. využití pomůcek pro znázornění.
- Nevycházejte pacientovi jeho nedostatky.
- Informace, které chcete pacientovi předat, trpělivě opakujte.
- Pomozte pacientovi dodržovat pravidelný denní program. Přinese to pocit jistoty a možnost se lépe zorientovat.
- K získání řady informací a navození příjemné atmosféry může přispět pacientovo vyprávění o minulosti.
- Používejte slovní spojení, která jsou pro nemocného srozumitelná. Vždy si ověřte, zda pacient skutečně porozuměl.
- Volte spíše krátké věty a jednoznačná slovní spojení.
- Komunikujte raději po kratší dobu, opakovaně.
- Opakovaně si během rozhovoru ověřujte pozornost pacienta. (Venglářová, Mahrová, 2006, Špatenková, Králová, 2009)

Úzkostný pacient

Úzkost je přirozená obranná reakce. Objevuje se především v případě, kdy se pacient cítí ohrožen. Na rozdíl od strachu, však nemá svou konkrétní podobu. Pacient nedokáže pojmenovat původce nepříjemných emočních pocitů. Mezi projevy úzkosti může patřit časté zvonění na sestru, poruchy spánku, svíravý pocit za hrudní kostí, poruchy koncentrace, neustále se opakující otázky apod. (Špatenková, Králová, 2009). Z pohledu ošetřovatelské diagnostiky je Úzkost (00146) samostatnou ošetřovatelskou diagnózou. Dle Herdman a Kamitsuru je definována jako vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo neznámý dané osobě), pocit obavy způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila. Mezi určující faktory ošetřovatelské diagnózy úzkost patří neklid, insomnie, podrážděnost, obavy, nejistota, zvýšená ostražitost, třes rukou, napětí v obličeji, zvýšené pocení, chvění hlasu, sucho v ústech, zarudnutí obličeje, bušení srdce, nauzea, zmatenost apod.

Doporučení pro komunikaci s pacientem trpícím úzkostí

- S úzkostným pacientem se snažte vytvořit krátký a dobře srozumitelný rozhovor.
- Tón řeči by měl být klidný a příjemný.
- Pokuste se spolu s pacientem pojmenovat pocity, které u něj převládají.
- Pokuste se spolu s pacientem najít zdroj úzkosti.
- Povzbuzujte pacienta, snažte se ho ocenit.
- Poskytněte pacientovi vhodné informace. Informovaností pacienta předcházíte úzkostí z neznámého.
- Podporujte kontakt pacienta s blízkou osobou, která mu přináší uklidnění a útěchu.
- Pohovořte s pacientem metodách, které mu pomáhají se úzkostí zbavit.
- V případě, že se úzkostné stavy zhoršují, zajistěte kontakt pacienta s psychologem.
- Před výkonem je možno, dle ordinace lékaře, podat anxiolytika, na zmírnění úzkosti. (Špatenková, Králová, 2009)

Pacient s vadou sluchu

Sluch sehrává důležitou roli v životě člověka. S jeho pomocí jsme schopni interpretovat zvuky z okolí a také přijímat verbální sdělení. Sluchové postižení či ztráta sluchu vytvářejí významnou komunikační bariéru pro postiženého pacienta. Pacienti s těžkým sluchovým postižením nejsou často ostatními vnímáni jako plnohodnotní aktéři komunikace. Tato komunikace je, i při snaze obou komunikačních partnerů, velmi vyčerpávající. Ve stáří se nezdá objevují získané vady sluchu. Věk, rozsah sluchového postižení, možnosti kompenzace a doba, kdy k poškození sluchu došlo, hrají významnou roli, pro vyrovnávání se pacienta s tímto handicapem. Velké množství získaných sluchových vad lze velmi úspěšně korigovat správným používáním sluchadel či jiných kompenzačních pomůcek. Právě starší lidé však mívají obtíže s jejich obsluhou či manipulací, a proto je mnohdy raději nepoužívají. (Špatenková, Králová, 2009, Kisvetrová, Ježorská, 2014)

Doporučení pro komunikaci s pacienty s vadou sluchu

- Základem komunikace s pacientem trpícím sluchovým postižením je přizpůsobit konverzaci typu a závažnosti sluchového handicapu.
- Než zahájíme samotnou konverzaci, upoutáme nejprve pozornost pacienta. Vhodné je nejprve navázat zrakový kontakt, poté zvolíme taktilní podnět, např. se můžeme zlehka dotknout horní paže. Zrakový podnět udržujeme po celou dobu konverzace.
- Osobě nejprve sdělíme téma rozhovoru. Důraz klademe na zřetelnou výslovnost.
- Tempo řeči je volnější. Klíčová slova zdůrazníme. V případě potřeby sdělení opět zopakujeme
- Během komunikace si neskrývejte ústa a tvář.
- Nezvyšujte zbytečně hlas na pacienta.
- Pro komunikaci zajistěte vhodné tiché prostředí, bez rušivého hluku z okolí.
- Během konverzace jsme čelem k pacientovi. Neotáčíme se.
- Umožněte pacientovi odezírání z našich úst. Zaujměte pozici, ve které jsou vám dobře vidět na rty a obličej.
- Využívejte neverbální komunikaci pro lepší porozumění. Především se snažte pečlivě artikulovat.
- Věty volte spíše krátké a výstižné.
- Mějte na paměti, že nedoslýchaví pacienti se v komunikaci snaží využít zbytků sluchu. Využijí pravděpodobně přiblížení ke komunikačnímu partnerovi.

- Pokud pacienta doprovází rodinný příslušník či tlumočník, oslovujeme vždy pacienta, ne však doprovod.
- Dotazy na zásadní oblasti anamnézy jako např. přítomnost alergií, kardiostimulátor, užívané léky apod. nebo sdělení týkající se další léčby několikrát zopakujeme či napíšeme. U pacientů neslyšících využijeme pomoc tlumočníka.
- Po důležitém sdělení můžeme pacienta vyzvat, aby nám svými slovy sdělil, jak podaným informacím porozuměl.
- Použijte všechny dostupné prostředky k zajištění úspěšné komunikace a zdárnému porozumění např. psaní, mimické a gestikulační prvky, pantomima, prstová abeceda apod.
- Pátrejte potom, zda pacient používá sluchadlo nebo jiné kompenzační pomůcky. V případě, že pacient takové pomůcky vlastní, ujistěte, zda správně fungují a zda je umí pacient používat.
- Pacienta nedevalvujeme, neomezujeme v komunikaci, nejsme netrpělivý, netlačíme na pacienta. (Špatenková, Králová, 2009, Kisvetrová, Ježorská, 2014)

Pacient s vadou zraku

„Populace osob se zrakovým postižením zahrnuje nejen nevidomé, ale i velkou skupinu jedinců se zbytky zraku a slabozraké osoby. Odhaduje se, že v České republice žije asi 150 tisíc slabozrakých. Jejich zhoršený zrak jim komplikuje vykonávání některých každodenních aktivit i komunikaci. Při kontaktu a komunikaci je potřeba respektovat jejich zrakový deficit, i když není na první pohled příliš patrný“ (Kisvetrová, Ježorská, 2014, s. 50). Mějte na paměti, že pacient s těžkou vadou zraku je ochuzen mimo jiné o neverbální složku komunikace. Sdělení pacient nezíská úplně. Není výjimečné, že se pacient může cítit zranitelný či izolovaný. (Špatenková, Králová, 2009). Pokud pacient trpí těžkou vadou zraku, respektujte následující doporučení:

- Konverzaci zahajuje vždy zdravotnický personál.
- Představte se a objasněte pacientovi svojí funkci.
- Pacienta předem informujte o všech úkonech, které se chystáte vykonat, nebo právě provádíte. Slovně je okomentujte.
- Během ošetrovatelských úkonů vždy ozřejměte, co bude následovat, např. nyní to píchne, bude to pálit apod. Dále popisujte průběh výkonu. Zmíňte, co za nástroje používáte, nebo které se chystáte použít.
- S pacientem se zrakovým handicapem mluvíte obdobně, jako na pacienta bez zrakového handicapu, nezvyšujte hlas, také nemusíte zvýšeně artikulovat a gestikulovat.
- I přes to, že vás pacient nevidí, udržujte oční kontakt s pacientem.
- Pokud nevidomí pacient vlastní vodícího psa patří k pacientovi a má také přístup do zdravotnického zařízení. Není vhodné na vodícího psa mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit, nebo mluvit na něj bez vědomí majitele.
- Nemanipulujte s věcmi nevidomého bez jeho vědomí. Věci, které pacientovi patří, by měli zůstat na místě, kam je položil, aby je mohl bez problému znovu najít.
- Pokud se pacient chystá na kontrolu či plánované vyšetření, je vhodné, aby byl objednan na určitou hodinu a předešel tím nervozitě a stresu.
- V případě, že zdravotní sestra v čekárně zaregistruje nevidomého pacienta, měla by ho oslovit a ujistit, že o něm ví a poté ho zavolat.
- Když nevidomého pacienta odesíláte na jiné místo, pečlivě mu popište cestu nebo mu nabídněte doprovod. (Špatenková, Králová, 2009, Kisvetrová, Ježorská, 2014)

Doporučení pro komunikaci se slabozrakým pacientem

- U slabozrakých pacientů se můžeme setkat s různou mírou citlivosti na změnu osvětlení. Pokud pacient trpí světloplachostí, upravíme vhodně prostředí např. zatemněním oken či sníženou intenzitou osvětlení. V případě šerosleposti nastává situace opačná. Pacientův zrak se zhoršuje s nízkou intenzitou osvětlení. Prostor by měl být dobře osvětlený.
- Dopřejte slabozrakému pacientovi čas na přizpůsobení se změně osvětlení.
- V případě poruchy barvocitu pacienta se nebojte upozornit pacienta na případná mylná tvrzení.
- Mějte na paměti, že pacienti se zúženým zrakovým polem mají zhoršenou schopnost orientace v prostoru.
- V prostředí dobře známém pro slabozrakého pacienta, se jedinec většinou orientuje bez obtíží. Pokud se však pacient ocitne v prostředí neznámém, může mít velké obtíže s orientací a bude potřebovat pomoc druhé osoby.
- Slabozrací pacienti potřebují pro vnímání zrakem dostatek času. Využívají také nežádka kompenzační pomůcky jako například lupy, speciální brýle, dalekohledy apod. Umožněte slabozrakým pacientům přistoupit blíže k věcem, které si chtějí prohlédnout např. k informačním tabulím či ke zboží v obchodě. Velmi slabozrakým pacientům usnadní situaci, když si mohou vzít do ruky a využít k poznávání hmat.
- Je vhodné slabozrakým pacientům individuálně upravit prostředí např. odstranit nesprávně osvětlení způsobující odlesky. Informační materiál je vhodné překládat v tiskacím písmu, využívat kontrast např. černá písmena na bílém papíře apod.
- Po celou dobu mu aktivně nabízíme dopomoc. Oboustrannou komunikaci může velmi usnadnit, pokud se přímo zeptáme, které činnosti jsou pro pacienta obtížné (Kisvetrová, Ježorská, 2010)

3 Pacient s cévní mozkovou příhodou

Cévní mozková příhoda je jedním z častých získaných postižení. Následky, které plynou z tohoto onemocnění jsou různorodé. Podle Rothwell P. in Lippertová-Grünerová je statistika průběhu onemocnění následující. Asi 25 % pacientů po náhle vzniklé cévní mozkové příhodě se opět uzdraví. U dalších 25 % postižených pacientů přetrvávají lehké reziduální problémy. 25 % pacientů je následkem cévní mozkové příhody těžce postiženo a odkázáno na péči. Zbýlých 25 % pacientů následkům onemocnění podlehne. (Lippertová-Grünerová, 2015)

V České republice jsou CMP druhou nejčastější příčinou kardiovaskulárních úmrtí. I přes to mortalita následkem cévní mozkové příhody v ČR od počátku devadesátých let minulého století výrazně klesá. S tím souvisí zlepšení primární i sekundární prevence. V populaci klesá výše krevního tlaku. Je kladen větší důraz na pravidelnou kontrolu hypertenze a došlo k výraznému snížení hladin cholesterolu v populaci. Neméně významným faktorem poklesu letality onemocnění je účinnější léčba akutních příhod onemocnění. Výrazné pokroky byly zaznamenány v rámci diagnostiky onemocnění, intenzivní a podpůrné léčbě. (Bruthans, 2010)

Incidence onemocnění roste u obou pohlaví s věkem. Přibližně po 55. roce věku života pravděpodobnost vzniku onemocnění narůstá. S každým uplynulým desetiletím věku se pravděpodobnost vzniku onemocnění zdvojnásobuje. V České republice onemocnění propuká u tří čtvrtin pacientů okolo 65. roku věku života. Cévní mozkové příhody jsou často příhody opakované. Ve zhruba čtvrtině případů dochází k recidivám onemocnění. Nejvyšší riziko recidivy je především v prvních týdnech po prodělané cévní mozkové příhodě. V rámci prvního roku po prodělané chorobě recidivuje asi 15 % případů. V letech dalších je četnost recidiv přibližně 4 %. Mezi rizikové faktory recidivy patří nekontrolovaná arteriální hypertenze, diabetes mellitus a fibrilace síní. (Bruthans, 2010)

3.1 Příčiny vzniku onemocnění

Podkladem cévní mozkové příhody je akutní poškození cév mozku. Toto postižení může plynout z poruchy prokrvení mozkové tkáně, jako následek krvácení do jednotlivých struktur nervového systému, v důsledku aterosklerózy mozkových cév, jako důsledek dlouhodobého selhávání kardiovaskulárního systému nebo v souvislosti s onemocněním krve. (Pfeiffer, 2007)

Nejpočetnější příčinou vzniku onemocnění je ateroskleróza velkých cév spojená se vznikem arterio-arteriální embolizace. V některé z mozkových cév vznikne trombus, který postupně narůstá. V momentě, kdy se část trombu odtrhne, putuje dál krevním řečištěm, až do místa, kde příslušnou cévu obliteruje za vzniku ischemie. Podstatně méně početnou skupinu příčin vzniku cévní mozkové příhody tvoří místní trombózy. Některá z mozkových cév se postupně uzavírá za vzniku kompenzačních mechanismů. Dále může být cévní mozková příhoda vyvolána arteriální hypertenzí, fibroidní nekrózou, lakunárními infarkty mozkové tkáně. Neméně vyznanou skupinu ischemických iktů zaujímají hemodynamicky podmíněné iktu. Na vině je nízký tlak, který není schopen zabezpečit dostatečné zásobení na kyslík náročného mozku. Jedná se o tzv. interitoriálních infarktech mozku. Významné jsou také z hlediska vzniku onemocnění hyperkoagulační stavy a akutní infarkt myokardu, spojený se zástavou srdeční činnosti a difúzním poškozením mozkové tkáně. (Pfeiffer, 2007)

Z diagnostického hlediska rozlišujeme dva základní typy cévní mozkové příhody, dle její vyvolávající příčiny. Jedná se o cévní mozkové příhody ischemické a cévní mozkové příhody způsobené krvácením (hemoragické). Rychlé určení typu cévní mozkové příhody má významný vliv na následující včasnou léčbu a rekonvalescenci pacienta. Zhruba 80 % postižení mozku na vaskulárním podkladě je charakteru ischemického a zbylých 20 % vzniká na podkladě hemoragickém. (Pfeiffer, 2007, Seidl, 2008)

3.2 Ischemická cévní mozková příhoda

Jedná se o nejčastější typ iktů. Zaujímá přibližně 80 % případů. Kalina (2008) uvádí následující rizikové faktory vzniku ischemických příhod. Jsou jimi: Ateroskleróza, vyšší věk, mužské pohlaví, hypertenze, která je však rizikovým faktorem všech cévních mozkových příhod. Dále kouření, dyslipidemie, cukrovka, přidružené srdeční choroby, obezita, nadměrná konzumace alkoholu apod. Podstatou ischemické cévní mozkové příhody je nedostatečná perfuze mozkové tkáně okysličenou krví. Velká část tkání těla si dokáže vytvořit zásoby živin,

které v případě anaerobního metabolismu dokáže využít. Mozek však takovou schopnost nemá. Při průtoku krve mozkem přesahuje nabídka kyslíku arteriální krve zhruba dvojnásobně jeho potřebu a obdobně to je s nabídkou glukózy, která je až dvacetinásobně vyšší, než je poptávka mozkové tkáně. Hodnoty perfuze mozkové tkáně jsou výrazně vyšší pro mozkovou kůru a činí přibližně 100 ml krve na 100 g tkáně za minutu. Potřeba perfuze bílé hmoty ve srovnání s mozkovou kůrou činí zhruba 50-60 ml na 100 g tkáně za minutu. V případě, že v některé z výše uvedených oblastí klesne perfuze pod uvedené hodnoty, dochází brzy v nedostatečně prokrvené oblasti ke změnám. Jedná o především o zástavu syntézy bílkovin. Tato oblast se nazývá oligemická. Prohlubuje-li se nedostačená perfuze i nadále a CBF klesá až k hodnotám 20 ml na 100 g tkáně za minutu, zastavuje se funkce postižené části mozku. Struktura tkáně je však zachována. Tento stav se označuje jako ischemický polostín (penumbra). Pokles déle době regionální perfuze mozkem je provázen společně s déle trvající depolarizací buněčné membrány parézou, ztrátou zraku, vědomí, hypestezií apod. Pokud je však pokles průtoku krve mozkem ještě radikálnější, tj. pod 12 ml na 100 g tkáně, vzniká ischemická kolikvační nekróza. Tato změna je ireverzibilní. Období od počínající primární poruchy perfuze až po přítomnost ischemického polostínu se nazývá terapeutické okno. Trvá přibližně 3-6 hodin. V rámci terapeutického okna se může polostín změnit v ischemickou nekrózu nebo v případě včasné léčby může dojít k zdárnému překonání krize. Cílem je neuroprotektce a účinná trombolýza. Za účelem průkazu ischemického polostínu či nekrotického ložiska se používají následující vyšetřovací metody. Nejvíce validní výsledky přináší pozitronová emisní tomografie (PET). Její využívání je však do značné míry omezeno cenou a prostorovou náročností. Další možností je neinvazivní metoda SPECT, pomocí které lze prokázat poruchu mozkové perfuze. Lze využít i CT k vyšetření mozku. Za pomoci této zobrazovací metody však není porucha perfuze natolik, jako u metody předchozí. Lze využít i magnetickou rezonanci, která s sebou přináší i zobrazení metabolických a hemodynamických změn v jednotlivých fázích cévní mozkové příhody. (Pfeiffer, 2007, Kalvach, 2010, Kalina, 2008)

Klasifikace ischemické cévní mozkové příhody

Podle míry postižení rozlišujeme:

Přechodnou cévní mozkovou příhodu – Také označovaná jako tranzitní ataka. Jedná se o soubor příznaků, který se do několika minut až hodin upraví. Časté jsou projevy jako parestezie, poruchy vizu, prchavé parézy apod. Tyto projevy se mnohdy opakují několikrát

během dne. Výskyt takovýchto příhod je vždy považován za varovný příznak a je nutné vyšetření lékařem. (Pfeiffer, 2010)

Lehká nebo středně těžká mozková příhoda – Příznaky mohou přetrvávat v řádu dnů až týdnů. Na rozdíl od přechodné cévní mozkové příhody nezmizí úplně. Přetrvávají ložiskové příznaky jako například zhoršená pohyblivost končetiny při dobrém uchopovacím mechanismu horní končetiny. (Pfeiffer, 2010)

Těžká mozková příhoda – Jde o závažný stav. Bývá provázena ztrátou vědomí. U postižených vzniká hemiplegie. Pokud postižený přežije, následky bývají těžké a nevratné. (Pfeiffer, 2010)

3.3 Hemoragická cévní mozková příhoda

Tento druh mozkové příhody se vyskytuje přibližně ve 20 % případů. Příčin vzniku hemoragické cévní příhody může být mnoho. Dle Kaliny (2008) je nejčastější příčinou hypertenze. Podkladem hemoragie mohou být i mozkové výdutě, traumata, antikoagulační léčba, antiagregační léčba, trombolytická léčba, alkohol, drogy, kavernom, krvácení do tumoru apod. Intrakraniální hemoragie můžeme dále ještě rozdělit následujícím způsobem: Intracerebrální hemoragie (s frekvencí výskytu přibližně 15 %) a subarachnoidální krvácení (vyskytuje se ve zbylých 5 % případů). (Kalvach, 2010)

Intracerebrální hemoragie – Podstatou intracerebrální hemoragie je krvácení prasklou cévní stěnou do mozkové tkáně či likvoru. V momentě vyplavení krve do mozkové tkáně dochází ke stažení hladké svaloviny cévní stěny a snaží se zabránit dalšímu krvácení. Následující pochody se zaměřují na tvorbu trombu. Plazma je vytlačena na povrch a tvoří vnější vrstvu hematomu. Důsledkem může být poškození mozkové tkáně různého stupně. (Kalvach, 2010)

Subarachnoideální krvácení – Tento typ nitrolebního krvácení je lokalizován v oblasti mezi arachnoideou a pia mater. Nejčastější příčinou subarachnoideálního krvácení jsou cévní aneuryzmata, arteriální disekce či ruptury aterosklerotických stěn. Příznaky nitrolebního krvácení jsou následující. Hlavním příznakem je bolest hlavy, která může být provázena zvracením společně s alterací vědomí. Při větším krevním výronu vzniká meningeální syndrom, jako jeden z prvotních příznaků. Většinou je však vznik podmíněn časovým rozmezím šesti až dvanácti hodin od vzniku krvácení. Při masivním krvácením z aneuryzmatu spojeným s těžkým

poškozením okolní mozkové tkáně se objevují stranové výpadky funkce. Jedná se o motorické či senzitivní výpadky. (Kalvach, 2010)

3.4 Léčba cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda je akutní stav, který bezprostředně ohrožuje život pacienta. Pokud je poskytnuta včasná a účinná léčebná péče, mohou pacienti, kteří iktus prodělali, přežít i dlouhou dobu a žít i nadále aktivním životem. Klíčové je včasné přivolání zdravotnické záchranné služby a transport pacienta na do některého ze specializovaných neurologických zařízení, nejlépe do iktového centra. Iktová centra se specializují na léčbu a prevenci cévních mozkových příhod. V České republice se nacházejí iktová centra vyššího a nižšího typu společně s iktovými jednotkami vhodnými pro pacienty bez indikace rekanalizační terapie. Dle Kalvacha (2010) je počet iktových center v současné době nedostatečný a je v nich léčeno přibližně 5–10 % akutních iktů. (Kalvach, 2010)

Léčba iktu se vždy odvíjí od míry závažnosti stavu. Na prvním místě je dostatečná činnost vitálních funkcí – srdce a plic. U pacienta je zajištěna dostatečná oxygenace. Může být indikován pobyt v hyperbarické komoře. Současně se zajišťuje dostatečná výše tlaku krve. Léčba se do jisté míry odvíjí od vyvolávající příčiny. Pokud je mozková příhoda způsobena embolem, provádí se rozpuštění embolu trombolýzou za pomoci rekombinantního tkáňového aktivátoru plazminogenu. Součástí je také následná rekanalizace poškozené cévy. V rámci prevence hluboké žilní trombózy jsou během akutní fáze podávány nízkomolekulární hepariny. Nedílnou součástí léčby iktů je neuroprotektivní terapie, farmakologická nebo za pomoci řízené hypotermie. Cílem neuroprotektivní terapie je zlepšení činnosti neuronů, které jsou oslabeny chorobným procesem. (Pfeiffer, 2010) Dle Mráčka (2011) zajišťují neuroprotektici především následující látky: Hořčík, erythropoetin, růstové faktory, naloxon apod. Krigelstein a Klumpp (2000) ve své publikaci *Pharmacology of cerebral ischemia* uvádí, že podle několika studií je albumin nositelem jedinečných neuroprotektivních vlastností. Na základě podávání střední až vysoké dávky albuminu došlo k podstatně menšímu poškození mozku následkem cévní mozkové příhody než v případech bez podání albuminu.

V případě, že je iktus způsobeným krvácením, jsou trombolytika kontraindikována. Metodou první volby jsou antiedematózní léky. Neurochirurgicky se provede odstranění extravazátu. Jelikož krvácení drtí a zároveň utlačuje mozkovou tkáň, lze proto v krajních případech provést kraniotomii. (Pfeiffer, 2010)

3.5 Rehabilitační péče po cévní mozkové příhodě

Podle Lippertové – Grünerové (2015) by měla být rehabilitační terapie pacienta po cévní mozkové příhodě započata co nejdříve, jakmile to zdravotní stav pacienta umožní. U některých pacientů je možno rehabilitovat již v prvních 24 hodinách po příhodě. Jindy je nutné se začátkem rehabilitace počkat několik dnů nebo týdnů. Na zlepšení stavu pacienta a co největší obnově všech poškozených funkcí se podílí fyzioterapeut, ergoterapeut a logoped. Rehabilitační péče se vždy odvíjí od tíže postižení pacienta. U nejtěžších postižení je rehabilitační péče započata dechovými cvičeními, jako prevence vzniku pneumonie. Nezbytné je také pravidelné terapeutické polohování pacienta nejméně každé tři hodiny. Fyzioterapeut se podílí na zlepšování svalové síly pacienta. Zvyšování pohyblivosti pacienta musí být postupné a pozvolné. Ve většině případů se zachovává následující pořadí. Zlepšení svalové síly, nácvik pohybu na lůžku, nácvik sedu na lůžku se spuštěnými dolními končetinami. Dále nácvik stoje u lůžka, pohyb k židli, posazení se na židli společně se vstáváním a chůze, nejprve na kratší vzdálenosti, které jsou postupně prodlužovány podle energie a sil pacienta. Nedílnou součástí rehabilitačního týmu je klinický logoped, který se po zhodnocení stavu pacienta zaměřuje na terapii poruch polykání. U pacientů s poruchami řeči zajišťuje nácvik verbální komunikace a správné výslovnosti. Také provádí společně s pacientem nácvik čtení a psaní. V procesu léčby má svou úlohu také ergoterapeut. Jeho činnost je zaměřená na nácvik všedních denních činností a zároveň je jeho cílem obnova co nejvyšší míry soběstačnosti pacienta. (Lippertové – Grünerová, 2015, Feigin, 2007)

3.6 Ošetrovatelská péče po cévní mozkové příhodě

Ošetrovatelská péče je pacientovi poskytována metodou ošetrovatelského procesu. „Ošetrovatelský proces lze souhrnně definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodu poskytování ošetrovatelské péče jednotlivci, rodině, komunitě, všeobecně použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče a otevřenou pro neustále přehodnocování péče na základě aktuálního stavu. Cílem ošetrovatelského procesu je poskytování ošetrovatelských intervencí, zaměřených na uspokojování potřeb jednotlivce, rodiny, komunity, na podporu, obnovení zdraví a pohody, na dosažení co nejvyšší možné úrovně kvality života, na zabezpečení klidného umírání a smrti“ (Žiaková a kol., 2009 v Plevová a kol., 2011, s. 108). Součástí ošetrovatelského procesu je pět na sebe navazujících kroků: Posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Posuzování spočívá ve sběru, třídění a záznamu

anamnestických informací o zdravotním stavu pacienta. Diagnostika je proces jejímž cílem je stanovení diagnostického závěru. Pro proces plánování je typické stanovení plánů ošetrovatelské péče, jejichž cílem je prevence a eliminace vzniklých problémů. Realizace je zaměřená na uskutečňování promyšlených ošetrovatelských intervencí s cílem dosažení stanovených výsledků. Poslední fází je Vyhodnocení. Základem této fáze je monitorace výsledků péče. Vyhodnocuje se, zda bylo stanovených cílů dosaženo, nebo alespoň do jaké míry. (Plevová a kol. 2011)

Aplikujeme-li ošetrovatelský proces na pacienta po cévní mozkové příhodě, poté se v rámci první fáze ošetrovatelského procesu *Posuzování* zaměříme na anamnestické údaje pacienta. Zajímají nás především současné obtíže, jejich druh, trvání. Dále potom na osobní anamnézu a přítomnost rizikových faktorů vzniku CMP jako hypertenze, obezita, diabetes mellitus, úraz hlavy, kouření, dříve vzniklé cévní mozkové příhody, kardiální onemocnění, hormonální antikoncepce apod. V rámci rodinné anamnézy je klíčový výskyt kardiovaskulárních onemocnění či cévních mozkových příhod. Sociální anamnéza by měla obsahovat informace o pracovním zařazení, čelení nadměrné psychické zátěži nebo stresu, nevhodný životní styl, kouření, abúzus návykových látek apod. (Slezáková, 2014)

Během prvního kontaktu s pacientem provede sestra fyzikální vyšetření a všímá si podstatných změn a odlišností.

- Zajímá se o výraz tváře pacienta, barvu kůže, polohy, kterou pacient zaujímá a držení těla.
- Sleduje vitální funkce pacienta. Zvláště významné jsou jejich alarmující odchylky. U krevního tlaku monitoruje výskyt hypertenze. Pravidelně měří a kontroluje pravidelnost a kvalitu pulzu. Sleduje možný vznik zvýšené tělesné teploty a dotazuje se na výskyt dechových obtíží.
- Monitoruje přítomnost bolesti dle stupnice VAS, zhodnotí její míru a pokusí se společně s pacientem bolest co nejpřesněji charakterizovat.
- Všímá si úrovně a rozsahu vědomí pacienta. Zvláště přítomnost dezorientace místem, časem či osobou, je podstatný anamnestický údaj. Nebo přítomnosti výpadků paměti.
- Zaměří se na možný výskyt poruch řeči, jako jsou senzorická a motorická afázie, či dysartrie.
- Sleduje výskyt specifických neurologických příznaků jako jsou paréza, ptóza, dysfagie, chuť na jedné třetině jazyka, diplopie, chrapot, hemianopsie apod.

- Pokud pacient není zcela ležící, zjistí sestra, zda je přítomna porucha hybnosti některé z končetin
- Na končetinách také pozoruje držení, atrofiu, úroveň svalové síly, spazmy svalů, křeče, ztráta nebo nerušení pohyblivosti a citlivosti končetin.
- U schopných pacientů se sestra zajímá o výskyt poruch stoje a chůze např. parézy, ataxie, spasticita, rigidita.
- Sestra se dotazuje na přítomnost ztuhlosti šijového svalstva.
- V neposlední řadě nezapomíná a možný výskyt hemiparézy nebo hemiplegie. (Slezáková, 2014)

Součástí posuzování je také sledování všedních aktivit života

- Stravování a příjem tekutin – Klíčovými údaji zde jsou obtíže pacienta s jídlem a pitím. S tím související obtížný příjem potravy. Obtížné polykání. Nechutenství. Dehydratace.
- Dotazujeme se také na obtíže se spánkem.
- Provádí stanovení stupně závislosti či nezávislosti ve všedních denních činnostech pomocí ADL testu. (Slezáková, 2014)

Z psychologické anamnézy jsou v rámci ošetrovatelské diagnostiky určující následující faktory

- Nálada pacienta – Alarmující je výskytu déle trvající plačtivé až depresivní nálady.
- Pocity méněcennosti a snížené sebeúcty. (Slezáková, 2014)

Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu s názvem *Diagnostika* sestra za pomoci získaných informací analyzuje vzniklé ošetrovatelské problémy, které poté roztřídí do jednotlivých diagnostických kategorií, domén, tříd a následně do ošetrovatelských diagnóz aktuálních či potenciálních. (Slezáková, 2014)

U pacienta po iktu se mohou vyskytovat následující ošetrovatelské diagnózy:

- 00132 Akutní bolest
- 00014 Inkontinence stolice
- 00018 Reflexní inkontinence moči
- 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost
- 00088 Zhoršená chůze
- 00123 Opomíjení jedné strany [těla]
- 00051 Zhoršená verbální komunikace
- 00103 Porušené polykání

- 00108 Deficit sebedpěče při koupání
- 00109 Deficit sebedpěče při oblékání
- 00102 Deficit sebedpěče při stravování
- 00027 Snížený objem tekutin [Dehydratace]
- 00011 Zápka
- 00232 Obezita
- 00129 Chronická zmatenost
- 00146 Úzkost
- 00148 Strach
- 00124 Beznaděj
- 00095 Nespavost
- 00214 Zhoršený komfort
- 00188 Chování náchylné ke zdravotním rizikům
- 00201 Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze
- 00039 Riziko aspirace
- 00155 Riziko pádu
- 00249 Riziko dekubitu
- 00174 Riziko oslabení lidské důstojnosti
- 00173 Riziko akutní zmatenost. (Herdman, Kamitsuru, 2015)

Třetí fáze ošetrovatelského procesu s názvem *Plánování* navazuje na vytvořené ošetrovatelské diagnózy, ke kterým sestra postupně stanoví jednotlivé plány péče. Fáze plánování se skládá z následujících kroků. Stanovené ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny dle priority pro pacienta. U každé ošetrovatelské diagnózy je třeba stanovit příslušné cíle a výsledná kritéria. Dále je nezbytné vytvořit takové ošetrovatelské intervence, jejichž plnění povede ke stanoveným cílům. Výsledkem je zaznamenání písemného plánu ošetrovatelské péče. (Plevová a kol., 2011)

Jako příklad je uveden plán péče, podle Slezákové (2014) a Herdman, Kamitsuru (2015) u ošetrovatelské diagnózy **00051 Zhoršená verbální komunikace**

- Doména 5 - Percepce/kognice
- Třída 5 – Komunikace
- Stanovena dne – Datum
- **00051 Zhoršená verbální komunikace**

- Související faktory – Snížený průtok krve mozem
- Určující znaky
 - Subjektivně – Pacient udává obtíže s vyslovováním či tvorbou vět, také s porozuměním verbální komunikaci.
 - Objektivně – Pacient má obtíže se slovním vyjadřováním, obtíže s mimikou, neschopnost modulovat řeč, obtíže při verbálním vyjadřování myšlenek (afázie, dysfázie, apraxie), obtíže s tvorbou slov (dysartrie, afonie), odmítání mluvit, koktavost, špatná artikulace.
- Cíl – Pacient obnoví či zlepší schopnost verbálního vyjadřování, kongruence mezi verbální a neverbální složkou komunikace pacienta.
- Kritéria – Pacient se vyjadřuje srozumitelně, rozumí verbální komunikaci, své požadavky verbalizuje správným způsobem, psychika pacienta je uvolněná, cítí se dobře.
- Ošetřovatelské intervence
 - Posoudit a zaznamenat schopnost verbální komunikace pacienta.
 - Pokusit se pacientovi vysvětlit, v rámci svých kompetencí a co možná nejjednodušším způsobem, důvod narušené verbální komunikace.
 - Udržovat neustále oční kontakt, hovořit s pacientem pomalu, klidně, srozumitelně a plynule.
 - Důsledně naslouchat pacientovi.
 - Zaměřit se také na složky neverbální komunikace pacienta, která může být v případě omezené verbální komunikace pacientem upřednostněna.
 - Podporovat pacientovu snahu o vyjádření, schválit ho za pokroky, nabádat pacienta, aby se snažil mluvit pomalým tempem řeči.
 - Komunikaci s pacientem vést jednouchou a dobře pochopitelnou.
 - Umožnit pacientovi vyjádřit svá přání alternativním způsobem např. napsat na list papíru, gesty apod.
 - V případě, že pacient není schopen psát, poskytnout pacientovi obrázkové či písmenkové tabulky jako náhradní formu komunikace.
 - Zajistit pravidelná sezení s klinickým logopedem pro nácvik řečových dovedností.
 - Uklidnit pacienta.
 - Monitorovat případné projevy úzkosti, strachu, hněvu či deprese. V případě potřeby zajistit pomoc odborníka.

- Motivovat rodinné příslušníky k častým návštěvám pacienta, za účelem podnícení pacienta k hovoru.
- Zapojit rodinu do nácviku komunikačních dovedností.
- Sledovat a pravidelně zaznamenávat pokroky pacienta.

V následující čtvrté fázi s názvem *Realizace* sestra aktivně vykonává stanovené ošetrovatelské intervence, či zajišťuje a deleguje jejich průběh. Veškerou poskytnutou péči zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. (Slezáková, 2014)

Poslední fáze ošetrovatelského procesu je fáze *Vyhodnocení*. Sestra zpětně zjišťuje, zda a do jaké míry bylo dosaženo stanovených cílů. Díky této fázi si sestra ověřuje účinnost stanovených intervencí, které může v případě potřeby změnit v efektivnější vzhledem k pacientovým potřebám. Fázi vyhodnocení tvoří několik dílčích kroků: Posouzení, zda došlo k dosažení stanovených cílů, porovnání, zda se shodují ošetrovatelské intervence s dosaženými výsledky pacienta, zhodnocení závěru problému pacienta, popřípadě zdůvodnit nesplnění některého z cílů a upravení plánu ošetrovatelské péče. (Plevová a kol, 2011)

3.7 Komunikace s pacientem po cévní mozkové příhodě

U pacientů po cévní mozkové příhodě dochází velmi často k narušení komunikačních schopností. Toto postižení může být různé intenzity v závislosti na onemocnění. Může postihovat jak receptivní, tak expresivní složku řeči. Nejčastější poruchou řeči je afázie. (Špatenková, Králová, 2009) „Afázie je neurologický stav, kdy řečová funkce nefunguje nebo absentuje“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 100). Klíčem k úspěšné terapii je diagnostika správného typu afázie. Rozlišujeme tři základní typy afázie, dle postižené hlavní složky:

- Expresivní afázie – porucha produkce řeči
- Receptivní afázie – porucha porozumění řeči
- Globální afázie – zahrnuje složky expresivní i receptivní (Špatenková, Králová, 2009)

Kromě obtíží s mluvením a porozuměním může mít pacient s afázií problémy se čtením a psaním. (Schuler, Oster, 2010)

Míra postižení pacienta afázií se vždy odvíjí od probíhajícího patologického procesu, rozsahu, topiky léze a samozřejmě také věku pacienta a přidružených onemocnění. Klinický

obraz afázie probíhá v závislosti na výše uvedených podmínkách. V rámci afázie rozlišujeme následující poruchy. (Lukáš, Žák, 2014)

Nonfluentní řeč – Projevuje se pomalým tempem řeči. Bývá charakterizována jako těžkopádná. Často působí monotónně. Pacient má obtíže s tvorbou větné skladby. Nonfluentní řeč bývá doprovázená řečovou apraxií, nebo také dysartrií. (Lukáš, Žák, 2014)

Fluentní řeč – Tato řeč se projevuje normální plynulostí, rychlostí, větnou stavbou a délkou vět. Problémem je nepřítomnost významových slov ve větách. Věty jsou složeny převážně z citoslovcí, částic a příslovcí. Vzniklé věty jsou tudíž bez významu. (Lukáš, Žák, 2014)

Poruchy porozumění – Jedná se o celkem běžnou skupinu poruch při afázií. V rámci prvního kontaktu nemusejí být hned patrné. Pacient se často orientuje za pomoci nonverbální složky sdělení. Není výjimečné, že reakce pacienta je neadekvátní. (Lukáš, Žák, 2014)

Poruchy pojmenování – Poruchy pojmenování se projevují následujícími příznaky: deformace stavby slova, časté pomlky mezi jednotlivými slovy. Může dojít k tvorbě vlastních novotvarů. Pacientovi činí obtíže spojování slov ve věty gramaticky správným způsobem. (Lukáš, Žák, 2014)

Poruchy čtení (alexie) – Pacientovi činí obtíže hlasitá produkce čteného textu. (Lukáš, Žák, 2014)

Poruchy psaní (agrafie) - Jsou provázeny obtížnou výbavností slov společně s potížemi při tvoření grafických symbolů. Velká část nemocných má problémy s pohyblivostí dominantní ruky. Poruchy se prezentují záměnou písmen, vynecháním slov či písmen, nebo vytvářením nesmyslných slov a nečitelného písma. (Lukáš, Žák, 2014)

Kromě terapie afázie je žádoucí spolupráce s logopedickým pracovníkem při terapii neméně ojedinělých poruchách řeči jako jsou dysartrie a dysfonie. Podstatou dysartrie je postižení orgánů produkce řeči. Dysfonie je typická změnou některé ze složek hlasu např. polohy či dynamiky. (Lippertové – Grünerová, 2015, Dobiáš, 2013)

Empirická část

4 Kvalitativní výzkumná metoda

Pro empirickou část bakalářské práce jsem se rozhodla použít kvalitativní výzkumnou metodu. Tato výzkumná metoda, na rozdíl od metody kvantitativní, pracuje s menší skupinou respondentů. Vhodné je zařazení kvalitativní výzkumné metody v případech, kdy zkoumané téma chceme vést více do hloubky např. monitorujeme-li chování zvolené skupiny lidí, chod některé organizace apod. Nejběžněji používané výzkumné techniky v rámci výše uvedené výzkumné metody jsou především hloubkové individuální rozhovory či skupinové rozhovory, pozorování, průzkum terénu, studium dokumentů a srovnávání. Hlavním důvodem pro zvolený výzkumný přístup, byl fakt, že metoda pohlíží na problém celostním přístupem. Snaží se objasnit spojení mezi jednotlivými strukturami. A také, že za pomoci zmiňované výzkumné metody můžeme získat detailnější informace. (Kutnohorská, 2008)

4.1 Výzkumná technika – polostrukturovaný rozhovor

Výzkum byl uskutečněn za pomoci techniky polostrukturovaných rozhovorů. Tato výzkumná technika byla vybrána, jelikož se při vedení rozhovoru držíme předem připravených témat. Rozhovor působí přirozeně, je flexibilní a za pomoci doplňujících otázek je možnost proniknout do hloubky zkoumaného tématu. (Kutnohorská, 2009)

Rozhovor obsahuje celkem 35 otázek. Výzkumné otázky jsou rozděleny do tří specifických okruhů. První okruh se skládá ze sedmi otázek. Jedná se o otázky identifikační, jejichž úkolem je přiblížit alespoň rámcově osobnost respondenta. Druhá skupina obsahuje celkem pět otázek. Tento celek nese název Přijetí k hospitalizaci a monitoruje formální úkony, které se provádějí při příjmu pacienta k hospitalizaci a pacientovo povědomí o těchto výkonech. Poslední a nejrozsáhlejší část rozhovoru se skládá z 23 otázek s názvem Specifika komunikace. Skládá se z otázek zaměřených na charakteristické okruhy, které jsou důležité pro oboustranně efektivní komunikaci směřující k porozumění. Týkají se například pohledu hospitalizovaného seniora na hospitalizaci, porozumění, informovanosti pacienta, komfortu pacienta na oddělení, neverbální komunikaci ze strany ošetřovatelského personálu, komunikačních bariér a také úrovně verbální komunikace.

Celkem 16 otázek z celkového počtu 35 otázek rozhovoru nabízí možnost výběru odpovědi (tj. jedná se o otázky výčtové). Tento krok v mnoha případech usnadnil pochopení otázky v rozhovoru respondentem. V případě, že se respondentovi ani jedna z navrhaných variant odpovědi nezamlouvala, byla mu umožněna volná odpověď. Respondenti na dotazované otázky velmi často odpovídali jednou až třemi větami, dle charakteru pokládané otázky. U každého rozhovoru bylo zaznamenáno, jak dlouho trval a kde byl proveden.

5 Cíle práce

Pro empirickou část bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Hlavní cíl práce: Zjistit, jak probíhá komunikace mezi hospitalizovanými seniory na neurologickém oddělení po cévní mozkové příhodě a ošetřovatelským personálem.

Dílčí cíl práce č.1: Zjistit, zda jsou hospitalizovaným seniorům sděleny všechny potřebné informace týkající se hospitalizace a chodu oddělení, pro efektivní adaptaci na oddělení.

Dílčí cíl práce č.2: Zjistit, jak na hospitalizovaného seniora působí neverbální komunikace ze strany ošetřovatelského personálu, popřípadě jakou zaujímá úlohu ve vnímání hospitalizace pacientem.

Dílčí cíl práce č.3: Stanovit komunikační bariéry v rámci zkoumaného vzorku respondentů hospitalizovaných na neurologickém oddělení ON Jičín.

Dílčí cíl práce č.4: Stanovit doporučení pro komunikaci mezi ošetřovatelským personálem s hospitalizovanými seniory.

6 Výběr respondentů

Respondenti pro polostrukturovaný rozhovor byli vybíráni dle následujících kritérií: Pacient musel dosáhnout hranice 60 let věku. Respondenti byli tudíž vybíráni od věku 60 let až po věk vyšší. Dále se muselo jednat o pacienta hospitalizovaného na standardním neurologickém oddělení Oblastní nemocnice v Jičíně. Důležitým kritériem výběru byla diagnóza pacienta. Všichni dotazovaní pacienti byli hospitalizováni se základní léčebnou diagnózou s názvem cévní mozková příhoda, bez ohledu na ischemický či hemoragický typ iktu. Důležitý byl také fakt, že respondenti, se kterými byl výzkumný rozhovor prováděn museli být schopni alespoň jednoduché verbální komunikace. Rozhovor z pochopitelných důvodů nebyl prováděn u osob s hluboce narušenou řečovou funkcí následkem iktu. V neposlední řadě bylo kritériem výběru respondenta, vyslovení souhlasu s provedením rozhovoru.

Celkem jsem oslovila šest respondentů. Z toho čtyři muže a dvě ženy. Nejnižší věk respondenta činil 69 let. Nevyšší věk byl 84 let.

Respondent 1 – Muž ve věku 74 let. Bydlí v obci. V současné době žije pouze s manželkou. Má dva syny. Absolvoval střední odborné učiliště. Vyučil se soustružníkem. Před odchodem do důchodu pracoval jako opravář obráběcích strojů. V současné době je v důchodu.

Respondent 2 – Žena ve věku 78 let. Bydlí v menší obci. Na otázku týkající rodiny odpověděla: „*Pocházím z velké rodiny, jelikož máme hodně příbuzných*“. Žije s manželem. Vystudovala střední odbornou školu dopravní s maturitou. Před odchodem do důchodu pracovala jako úřednice. V současné době je v důchodu.

Respondent 3 – Muž ve věku 84 let. Bydlí ve městě. Žije s manželkou. Má jednu dceru a jednoho syna. Vystudoval vysokou školu technického zaměření. Před odchodem do důchodu pracoval jako konstruktér. V současné době je v důchodu.

Respondent číslo 4 – Muž ve věku 83 let. Bydlí v obci. Respondent pochází z velké rodiny, má čtyři sourozence. Nyní žije s manželkou. Má jednoho syna. Vystudoval vysokou školu přírodovědného směru. Než odešel do důchodu pracoval jako vedoucí rostlinné výroby v zemědělském družstvu. Nyní je v důchodu.

Respondent 5 – Muž ve věku 79 let. Bydlí v obci. Vyrůstal se třemi sourozenci. Vdovec. Absolvoval gymnázium. Před odchodem do důchodu pracoval jako starosta. V současné době je v důchodu.

Respondent 6 – Žena ve věku 69 let. Bydlí v obci. Žije společně s manželem a má tři dospělé syny. Absolvovala střední odborné učiliště. Než odešla do důchodu pracovala poště, jako pracovnice za přepážkou. Nyní je v důchodu.

Pro snadnější orientaci jsou zde tyto údaje zpracovány formou tabulky

Tabulka č. 1: Identifikační údaje

Resp.	Pohlaví	Věk	Bydliště	Vzdělání
1	M	74	obec	Střední odborné, učiliště, soustružník
2	Ž	78	obec	Vystudovala střední odbornou školu dopravní s maturitou, pracovala jako úřednice.
3	M	84	město	Vystudoval vysokou školu technického zaměření.
4	M	83	obec	Vystudoval vysokou školu přírodovědného směru. Před odchodem do důchodu pracoval jako vedoucí rostlinné výroby v zemědělském družstvu.
5	M	79	obec	Střední s maturitou – gymnázium. Před odchodem do důchodu pracoval jako starosta.
6	Ž	69	obec	Střední odborné učiliště, před odchodem poštovní úřednice.

Komentář

Průměrný věk respondentů je 77, 8 roků. 3 respondenti mají střední vzdělání s maturitou, jeden střední bez maturity a dva vysokoškolské vzdělání. 5 respondentů žije na vesnici (obec), 1 ve městě.

Tabulka č. 2: Údaje týkající se rodiny

Resp.	Rodina	
1 M	Žije s manželkou	Má dva syny.
2 Ž	Žije s manželem	<i>„Pocházím z velké rodiny, jelikož máme hodně příbuzných“.</i>
3 M	Žije s manželkou	Má dceru a syna.
4 M	Žije s manželkou	Pochází z velké rodiny, má čtyři sourozence. Má jednoho syna.
5 M	Vdovec	Vyrůstal se třemi sourozenci.
6 Ž	Žije s manželem	Má tři syny.

Komentář

Pokud jde o rodinné zázemí, tak 5 respondentů žije s partnerem, 1 muž je vdovec. Všichni respondenti mají rodinu, buď děti nebo širší rodinu (respondentka 2)

7 Výzkumné otázky

Ještě, než byla sestavena finální podoba otázek k rozhoru, bylo nutné stanovit si hlavní a dílčí výzkumné otázky, na které bychom za pomoci polostrukturovaných rozhovorů měli získat odpověď.

Jako hlavní výzkumná otázka byla stanovena následující otázka: **Jak probíhá komunikace mezi hospitalizovanými seniory po cévní mozkové příhodě na standardním neurologickém oddělení a ošetrovatelským personálem?**

Dílčí výzkumné otázky byly stanoveny následující:

Dílčí výzkumná otázka č.1: Jsou hospitalizovaným seniorům po cévní mozkové příhodě sdělovány všechny potřebné informace pro efektivní adaptaci na oddělení?

Dílčí výzkumná otázka č.2: Jaké jsou komunikační bariéry v rámci zkoumaného vzorku respondentů?

Dílčí výzkumná otázka č.3 Jaká by bylo vhodné stanovit doporučení pro zlepšení spolupráce a vzájemného porozumění mezi ošetrovatelským personálem a hospitalizovanými seniory?

Dílčí výzkumná otázka č. 4: Jakou roli hraje při komunikaci se seniory neverbální komunikace ze strany ošetrovatelského personálu? Ovlivňuje neverbální komunikace ošetrovatelského personálu vnímání hospitalizace pacientem?

7.1 Interpretace výzkumného šetření

V následující části budeme analyzovat jednotlivé rozhovory od dotazovaného vzorku respondentů¹ za pomoci zodpovězení výzkumných otázek.

7.1.1 První dílčí výzkumná otázka: *Jsou hospitalizovaným seniorům po cévní mozkové příhodě sdělovány všechny potřebné informace pro efektivní adaptaci na oddělení?* K jejímu zodpovězení slouží celkem sedm otázek z pokládaného rozhovoru a to jsou:

- 1) Byl/a jste při příjmu seznámen/a s chodem oddělení?** Cílem této otázky bylo zjistit, zda jsou pacienti při příjmu seznámeni s informacemi – jako např. kdy jsou podávány snídaně, obědy a večeře. Kdy probíhají vizity na oddělení. Od kolika hodin jsou

¹ V některých kvalitativních studiích se uvádí také termín participant.

návštěvní hodiny apod. Celkem pět respondentů ze šesti udává, že při příjmu byli seznámeni s chodem oddělení. Respondentka 6 odpověděla na tuto otázku záporně „*Nebyl na to čas. Při příjmu tady v Jičíně mě odvezli na vyšetření CT a hned potom mě rovnou odvezli do nemocnice do Hradce Králové. Když mě potom přivezli z Hradce zpátky, tak mi tady sestřička všechno ukázala, jak to tady chodí a jak se zachází s postelí*“.

Respondentka 6 sice na otázku odpověděla záporně, byla však z vitální indikace hospitalizována ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Po stabilizaci stavu a opětovném příjmu na standardní oddělení byl pacientce, jak sama udává, chod oddělení objasněn.

Shrnutí

Lze tedy říci, že všichni respondenti byli náležitě seznámeni s chodem oddělení.

2) Kdy jste podepisoval/a informovaný souhlas s hospitalizací a víte co zahrnuje?

Cílem bylo zjistit, kdy byl pacienty podepisován informovaný souhlas s hospitalizací, zda byl podepsán v momentě příjmu na oddělení nebo byl pacientem podepsán až dodatečně, popř. za jak dlouhou dobu od příjmu na oddělení. Zda mají ponětí, k čemu tyto souhlasy slouží. Celkem čtyři respondenti z šesti podepisovali informovaný souhlas při příjmu na oddělení. Respondentka 6 říká „*Myslím si, že to bylo až potom v Hradci, ale nejsem si jistá*“. Respondentka nevěděla, co informovaný souhlas zahrnuje.

Respondent 3 „*Nepamatuji si, že bych něco takového podepisoval*“. Na otázku, zda by dokázal vysvětlit, čeho se tento informovaný souhlas týká, odpověděl také záporně.

Shrnutí

Polovina z dotazovaných pacientů nedokázala vysvětlit, co zahrnuje informovaný souhlas s hospitalizací. Zbylí respondenti dokázali účel vysvětlit pouze rámcově, bez hlubších informací.

3) Byl/a jste seznámen/a s umístěním a funkcí signalizačního zařízení? Tato otázka

byla pokládána s účelem zjistit, zda pacient ví, jak vypadá a kde je umístěno signalizační zařízení. Také nás zajímalo, zda pacient ví, jak ho má v případě potřeby použít. Informovanost týkající se umístění a funkce signalizačního zařízení dopadla výborně. Všichni dotazovaní respondenti věděli, kde se signalizační zařízení nachází a jak se používá. Respondent 4 na tuto otázku odpověděl: „*To mi sestřičky řekli hned, jak se s tím zachází*“.

Shrnutí

Bylo zjištěno, že informovanost respondentů o funkci a umístění signalizačního zařízení je stoprocentní.

- 4) **Je signalizační zařízení snadno dosažitelné?** Úkolem bylo zjistit, zda mají signalizační zařízení všichni respondenti po ruce a je snadno dostupné i pro ležící pacienty. Všichni respondenti uvedli, že je pro ně snadno dosažitelné. Respondentka 2 udává: „*Tady na stolečku, dosáhnu na něj. Vždy jsem to ale zmáčkla a nemluvila. Potom mi sestra řekla, abych do toho začala mluvit. Já jsem jenom telefonovala*“

Shrnutí

Všichni respondenti uvedli, že je pro ně snadno a dobře dosažitelné.

- 5) **Byl/a jste seznámen/a s právy a povinnostmi pacientů?** Účelem bylo zjistit, zda respondenti mají alespoň základní představu o právech a povinnostech pacientů. Celkem čtyři respondenti z šesti uvedli, že s existencí práv a povinností pacientů byli seznámeni při příjmu na oddělení a vědí, kde je najdou. Jmenovat některá práva a povinnosti pacientů, však respondenti nedovedli. Zbylí dva respondenti udávají, že o právech a povinnostech neslyšeli a netuší co obnášejí, ani kde je mohou najít. Respondent 2: „*Slyšela jsem o nich. Sestra říkala, že jsou na chodbě na nástěnce a kdybych chtěla, ať si je přečtu*“. Respondent 6: „*Nic mi neřikali, ani mi nic nedali přečíst. Asi si mysleli, že to nebudu potřebovat*“.

Shrnutí

Z uvedených dat můžeme konstatovat, že většina pacientů ví o existenci práv a povinností pacientů. Dokázali by je v případě potřeby na oddělení najít. Žádná práva a povinnosti pacientů však konkrétně jmenovat nedokážou.

- 10) **Znáte svou léčebnou diagnózu? Znáte důvod hospitalizace?** Touto otázkou mělo být zjištěno, zda respondenti vědí, proč jsou na oddělení hospitalizováni, popřípadě s jakou základní diagnózou jsou zde léčeni. Čtyři respondenti dokázali pojmenovat léčebnou diagnózu, nebo pokud si na název diagnózy nemohli vzpomenout, dokázali alespoň rámcově popsat problém, který se stal důvodem hospitalizace. Respondent 3: „*Nevím, jak ji popsat. Měl jsem takovej zkrat v mozku, proto mě odvezli do nemocnice*“. Také respondent 5 měl obtíže s pojmenováním diagnózy. Podstatu problému však dokázal popsat podobným způsobem, jako respondent 3.

Shrnutí

Zjištěným výsledkem je, že všichni pacienti dokážou pojmenovat léčebnou diagnózu, nebo alespoň na základní úrovni popsat důvod hospitalizace a problém, který hospitalizaci způsobil.

15) Byl/a jste poučen/a o pohybovém režimu na oddělení? Otázka byla pokládána s účelem zjistit, zda je každý respondent poučen o individuálním pohybovém režimu, který má dodržovat v rámci léčebného režimu, určení stupně soběstačnosti a rizika vzniku pádu. Na základě těchto modalit jsou pacienti poučeni, zda se mohou v případě potřeby, pohybovat sami mimo lůžko a také o dodržování vhodných preventivních opatřeních vzniku pádu (např. nošení vhodné obuvi s pevnou patou a dobrou podrážkou, používání kompenzačních pomůcek při chůzi, dobré osvětlení místnosti, odstranění možných překážek z okolí pacienta, stabilní nábytek, madla a signalizační zařízení v koupelně a na toaletě apod.). Nebo zda v případě, že chtějí opustit lůžko, musejí informovat sestru či sanitáře, který pacientovi poskytne oporu v pohybu. V případě, že pacient musí z terapeutických důvodů ležet na lůžku, měl by mu být důvod opatření vysvětlen a opět je zde kladen důraz na nutnost dodržování tohoto opatření. Všichni respondenti na tuto otázku uvedli, že byli poučeni o pohybovém režimu na oddělení. 5 respondentů z 6 uvedlo, že bylo poučeno zdravotní sestrou. Jeden respondent uvedl, že byl o pohybovém režimu poučen lékařem. Respondent 1: „*Sestry mě stále napomínají, abych neupadl. Chtějí, abych chodil jenom s holí a s doprovodem*“. Respondent 2: „*Ano. Musím se pohybovat jenom se sestríčkou nebo rehabilitační. I rehabilitační se mě zeptala, jestli ještě můžu jít dál*“. Respondent 6: „*Říkali mi, že musím jenom ležet a nesmím vstávat. Kdybych něco potřebovala, ať si zazvoním*“. Respondent 5: „*Ano. Sestřičky říkaly, že mi vždycky pomůžou s posazením na postel a musím si na ně zazvonit*“.

Shrnutí

Z uvedených výpovědí lze vyvodit, že informovanost ošetřovatelským personálem pacientů o pohybovém režimu a prevenci pádu je dobrá.

7.1.2 Druhá dílčí výzkumná otázka: *Jaké jsou komunikační bariéry v rámci zkoumaného vzorku respondentů?* Na tuto dílčí otázku odpovídá celkem 11 otázek rozhovoru. Jedná se o následující otázky.

- 6) Máte obavy, zeptat se ošetrovatelského personálu na nejasnosti?** Cílem otázky bylo zjistit, jaký panuje vzájemný vztah mezi ošetrovatelským personálem a pacientem. Zda je založený na empatii a porozumění ošetrovatelského personálu, přičemž respondent nemá strach svěřit se se svými přáními, potřebami, obavami a zároveň se ošetrovatelského personálu nebojí zeptat na věci, které mu jsou nejasné. Na pokládanou otázku odpovídali všichni respondenti záporně. Respondent 5: „*Nemám*“. Respondent 6: „*Ne, Oni říkají, že kdybych něco potřebovala, ať si klidně zazvoním. Není důvod, mít obavy*“. Respondent 2: „*Ne. Já se celkem nebojím skoro ničeho. Jsem ale poprvé v nemocnici*“. Respondent 4: „*Nemám. Vše mi zde připadá přístupné. Přístupnější než v liberecké nemocnici, kde jsem ležel*“.

Shrnutí

Z výpovědí bylo zjištěno, že žádný z respondentů nemá obavy zeptat se ošetrovatelského personálu na nejasnosti.

- 7) Ujistí se ošetrovatelský personál, při osvojování nového postupu, zda jste vše pochopil/a? Jak se ujistí?** Jelikož je komunikace oboustranný proces, položením otázky číslo sedm bylo zjišťováno, zda se ošetrovatelský personál za pomoci zpětné vazby snaží získat náhled na míru pochopení sděleného. I zde všichni dotazovaní respondenti odpověděli shodně. Odpověděli, že se ošetrovatelský personál zpětně ujistí o pochopení pacientem. Na podotázku, jakým způsobem se ošetrovatelský personál ujistí, odpověděli opět všichni respondenti podobně, tedy otázkou. Respondent 2: „*Ano ujistí, většinou jsem ale všechno pochopila...Zeptali se mě na to*“. Respondent 1: „*Ano, snaží se... Otázkou. Zeptá se mě na to*“. Respondent 4: „*Ano...Zeptá se mě na to*“.

Shrnutí

Výsledkem je, že ošetrovatelský personál se u všech respondentů ujistil, zda všemu porozuměli. Zpětná vazba byla zprostředkována dotazem na danou problematiku.

- 8) Máte dostatek času si všechna svá rozhodnutí promyslet? Kolik času asi?** Otázka byla do rozhovoru zařazena se záměrem zjistit, zda nejsou respondenti vystaveni časovému tlaku, především v situacích, kdy mají učinit rozhodnutí ovlivňující následný průběh hospitalizace. I na tuto otázku odpověděli všichni respondenti kladně. Respondent 5: „*Ano, času na rozmyšlení zde mám dost, celých 24 hodin*“. Respondent 2: „*Ano, mám na to moře času*“. Respondent 1: „*Ano. Času tu máme dost*“.

Shrnutí

Z výsledných odpovědí lze konstatovat, že všem respondentům byl umožněn dostatek času na promyšlení jakýchkoliv záležitostí, týkajících se léčby či probíhající hospitalizace.

- 9) Jak byste charakterizoval/a atmosféru v nemocnici? Jak na vás ošetrovatelský personál působí? Jak se zde cítíte?** Cílem bylo zjistit, jaký má vliv na prožívání hospitalizace respondentem atmosféra v nemocnici a jak na něj toto prostředí v čele s ošetrovatelským personálem působí, jak se zde cítí. Všichni respondenti odpověděli na dotaz kladně. Atmosféru v nemocnici charakterizovali jako dobrou a velmi příjemnou. Ošetrovatelský personál byl popisován jako celek, který dobře spolupracuje, ochotný, příjemný a sympatický. Respondent 2: *„Kdybych neměla doma psa, byla bych tady furt. Opravdu se mi tady líbilo. Akorát mi chyběla televize. (odmlka).... Personál na mě působil moc dobře. Musí mít teda nervy, to zas jo“*. Respondent 5: *„Moje dcera mi zde zajistila nadstandardní pokoj a mě to úplně vyhovuje. Cítím se zde dobře, jako v nemocnici“*. Respondent 4: *„Dobrá...Celek, který dobře spolupracuje. Neslyšel jsem, že by někdo někoho pomlouval“*. Respondent 3: *„Sympaticky...Cítím se zde dobře“*.

Shrnutí

Atmosféra v nemocnici byla všemi respondenty charakterizována pozitivně. Rovněž ošetrovatelský personál na všechny respondenty působil kladným dojmem.

- 13) Jste pravidelně dotazován/a na přítomnost bolesti? Jak často?** Cílem bylo zjistit, zda je u pacientů pravidelně monitorován výskyt bolesti, za účelem jejího včasného tlumení a dosažení maximálního komfortu pacienta. Zajímalo nás také s jakou frekvencí je možný výskyt bolesti u pacientů zjišťován. V rámci následující otázky byly odpovědi respondentů značně odlišné. Všichni respondenti uvedli, že jsou na přítomnost bolesti pravidelně dotazováni. Frekvence se však u jednotlivých respondentů liší. Dva respondenti uvedli, že na přítomnost bolesti byli dotazováni 2x denně. Dva respondenti uvedli frekvenci 4x denně. Jeden respondent uvedl frekvenci 4x – 5x denně. Poslední respondent na tuto otázku uvedl frekvenci 5x až 6x denně. Respondent 6: *„Ano, na bolest se mě ptají pravidelně. Řekla bych asi 4x – 5x denně. Prostě několikrát denně přijde sestra a zeptá se mě, jak se cítím“*.

Shrnutí

Z uvedených odpovědí lze konstatovat, že bolest je u pacientů pravidelně monitorována, a to nejméně ve frekvenci 2x denně.

- 14) Jsou Vám informace o Vašem zdravotním stavu či průběhu léčby podávány srozumitelně? Popřípadě jsou Vám odborné termíny vysvětleny?** Otázka byla položena s cílem zjistit, zda zdravotnický personál nepoužívá příliš mnoho odborných termínů, kterým respondenti nerozumí. Dále jestli jsou odborné informace podávány na srozumitelné úrovni a v případě, že jsou použity odborné lékařské termíny, zda jsou pacientovi vysvětleny. Touto otázkou bylo zjištěno, že se zdravotničtí pracovníci vyjadřují srozumitelně, takovým způsobem, aby tomu pacienti porozuměli. Celkem pět respondentů z šesti podaným informacím vždy rozumělo nebo jim byly odborné termíny vysvětleny. Respondent 5: „*Říkají to česky a rozumím tomu. Všemmu jsem zatím rozuměl, nic nebylo potřeba vysvětlit*“. Respondent 4: „*Mám o lékařských výrazech vcelku pojem. Rozumím jim. Kdybych tomu nerozuměl, tak se zeptám*“. V případě respondenta 1 je situace odlišná: „*Lékaři se víceméně snaží odborné termíny vysvětlit, ale je tu jeden problém s doktorem z Ruska. Já mu prostě moc nerozumím*“.

Shrnutí

Z uvedených výpovědí bylo zjištěno, že se zdravotnický personál většinou vyjadřuje srozumitelně, takovým způsobem, aby to pacient pochopil. Pokud odborný termín použije, je vysvětlen. Odlišná situace však nastala v případě respondenta 1. Pro respondenta byl lékařův projev nesrozumitelný z důvodu lékařovy špatné znalosti českého jazyka a jednalo se o významnou komunikační bariéru ve vztahu mezi lékařem a pacientem.

- 21) Máte obtíže se sluchem? Rozumíte ošetrovatelskému personálu?** Jelikož poruchy sluchu jsou jednou z častých komunikačních bariér, které znesnadňují seniorům porozumění, bylo předmětem zájmu, zda se u respondentů poruchy sluchu vyskytují a zda rozumí ošetrovatelskému personálu. 3 respondenti z 6 odpověděli, že si obtíže se sluchem mají. 4 respondenti z 6 uvedli, že ošetrovatelskému personálu rozumí dobře a není potřeba sdělení zopakovat. Zbylí 2 respondenti uvedli: Respondent 1: „*Obtíže se sluchem snad nemám. Nemyslím si to...(pauza) Dá se říct, že mu rozumím. Někdy víc a někdy méně. Dyžtak se zeptám*“. Respondent 2: „*No jak na co a jak kdy. Pan doktor mi říkal, jestli bych nechtěla naslouchátko. Ale já jsem řekla, že ještě počkám. Tak když*

jsem doma a nechodím do práce...(pauza). Když mi to zopakují, je to lepší. To je pak znát“.

Shrnutí

Z uvedených odpovědí vyplývá, že polovina dotazovaných respondentů má obtíže se sluchem. 4 respondenti uvedli, že sdělení není třeba opakovat. Ze dvou výpovědí respondentů, je patrné, že by jim zopakování tématu pomohlo k pochopení. Obtíže se sluchem zde tvoří jednu z komunikačních bariér.

24) Vyhovuje Vám tempo mluvené řeči ošetrovatelského personálu? Otázka byla pokládá, za účelem zjistit, zda verbální komunikace není pro respondenty příliš rychlá, a tudíž obtížněji pochopitelná. Na otázku odpovědělo všech 6 respondentů shodně. Respondent 3: „*Vyhovuje mi*“. Respondent 1: „*Ano*“. Respondent 5: „*Úplně*“

Shrnutí

Ze získaných odpovědí můžeme tedy vyvodit, že dotazovaní respondenti jsou s rychlostí mluvené řeči ošetrovatelského personálu spokojeni a vyhovuje jim.

25) Stalo se Vám, že na Vás někdo z ošetrovatelského personálu křičel? Otázka nám měla objasnit, jestli se během hospitalizace nedostal respondent s ošetrovatelským personálem do výraznějšího konfliktu. Všichni respondenti na položenou otázku odpovídali obdobně. Respondent 5: „*Ne*“. Respondent 2: „*Nikdy se mi to nestalo, že by na mě tady někdo křičel. Všichni tu jsou hodní*“. Respondent 4: „*Absolutně ne*“. Respondent 1: „*Ne, nebylo zapotřebí*“.

Shrnutí

Z uvedených odpovědí vyplývá, že se respondenti s ošetrovatelským personálem nedostali do nepříjemného konfliktu. Komunikace byla vedena v klidu, bez výraznějších komplikací.

26) Jsou sdělení ošetrovatelského personálu jasná a stručná, nebo spíše složitá, dlouhá a těžko pochopitelná? Cílem této otázky bylo zjistit, zda jsou dotazy respondentům pokládány takovým způsobem, aby byly snadno a dobře pochopitelné. Všichni dotazovaní respondenti na tuto otázku uvedli, že sdělení ošetrovatelského personálu jsou jasná a stručná místo sdělení složitých a těžko pochopitelných. Respondent 4: „*Vše je řečeno stručně a jasně, abych to pochopil*“. Respondent 1: „*Řekl bych, že spíš*

to první, jasná a stručná“. Respondent 6: *„Hezky česky, stručně a je to! Když je to potřeba, tak to řeknou několika větami. Tak ono to občas, ani jinak nejde, že jo“.*

Shrnutí

Z následujících odpovědí vyplývá, že sdělení ošetrovatelského personálu směřují k co nejsnadnějšímu pochopení. Jsou ve většině případech jasná a stručná.

11) Kdo Vám sděloval léčebnou diagnózu, či výsledky vyšetření? Kde Vám tyto informace byly sděleny? Otázka byla pokládána s účelem zjistit, zda byla respondentovi diagnóza sdělena lékařem nebo jiným zdravotnickým pracovníkem. Druhá část otázky se snaží objasnit, kde byla stanovená diagnóza pacientovi sdělena, jednalo-li se o pracovnu lékaře, pokoj pacienta, chodbu, jídelnu apod. Na otázku odpovědělo 5 respondentů ze 6, že jim byla léčebná diagnóza sdělena lékařem. Jeden respondent uvedl, že si nepamatuje, kým mu byla diagnóza sdělena. Odpovědi týkající se místa sdělení diagnózy jsou odlišné. 2 respondenti udávají, že jim byla diagnóza sdělena na vyšetřovně, 2 respondenti udávají, že byli s diagnózou seznámeni při vizitě před ostatními spolupacienty, 1 respondent byl s diagnózou seznámen na jednolůžkovém pokoji, bez ostatních spolupacientů, 1 respondent si místo sdělení diagnózy nepamatuje. Respondent 5: *„Při vizitě v Hradci. Říkal mi to pan doktor u mě na pokoji. Jméno si sice už nepamatuju, ale pana doktora v Jičíně toho jo. Ale cedulku měl a představil se. V Jičíně mi jí pan doktor zase zopakoval“.* Respondent 3: *„Nepamatuji si to, byl jsem v bezvědomí“.* Respondent 1: *„Většinou lékař. Setra mi říká třeba výsledky krevního tlaku. Myslí, že to bylo při vizitě na našem pokoji“.* Respondent 2: *„Vždycky jenom lékař. Při vizitě mi to říkali. Byli tam ostatní lékaři a nějaké sestry“.*

Shrnutí

Z uvedených výpovědí předpokládáme, že byli všichni dotazovaní respondenti s léčebnou diagnózou seznámeni lékařem. 3 respondenti byli s diagnózou seznámeni v soukromí, 2 respondenti před spolupacienty při vizitě, 1 respondent si místo sdělení diagnózy nepamatuje.

7.1.3 Třetí dílčí výzkumná otázka se pokouší vhodně stanovit doporučení, pro zlepšení spolupráce a vzájemného porozumění mezi ošetrovatelským personálem a hospitalizovanými seniory. Na zodpovězení otázky se podílí celkem 16 otázek z rozhovoru.

Otázky s číslem 15, 6, 9, 7, 8, 13, 14, 21, 24, 25, 26 jsou analyzovány výše. Z jejich analýzy vyplývají následující doporučení:

Otázka 15 je zaměřená na úroveň edukace hospitalizovaného seniora v rámci individuálního pohybového režimu na oddělení a zabránění vzniku pádu. Vyhledávejte pacienty s potenciálním rizikem vzniku pádu. Seniora o pohybovém režimu edukujte již při příjmu na oddělení. Dbejte na pravidelnou reedukaci. Edukujte také rodinu pacienta. Aplikujte do praxe preventivní opatření vzniku pádu – signalizaci umístěte k lůžku pacienta tak, aby byla snadno dosažitelná. Odstraňte překážky z okolí lůžka pacienta. Zajistěte dobré osvětlení. Přítomnost madel v koupelně a na toaletě. Společně s rodinou zajistěte vhodnou obuv s dobrým vzorkem a pevnou patou. Pomůcky pro oporu chůze umístěte dosažitelně. Doporučte snížit množství přijatých tekutin ve večerních hodinách. Kontrolujte dodržování těchto opatření pacientem.

Otázky 6 a 9 se zabývaly prožíváním hospitalizace respondentem. Přístup, vystupování a chování ošetrovatelského personálu k pacientům, ale i navzájem mezi sebou vytváří na oddělení určitou atmosféru, která přímo ovlivňuje prožívání hospitalizace seniorem a také postoje pacienta k poskytnuté ošetrovatelské péči. V otázkách 6 a 9 odpověděli všichni respondenti shodně. Z analýzy těchto otázek plynou následující doporučení. Pokuste se na oddělení vytvořit příjemnou atmosféru, a to jak ve vztahu sestra – pacient, ale také v ošetrovatelském kolektivu navzájem. Pacient vnímá i vzájemné vztahy zdravotníků. Celková atmosféra ve zdravotnickém zařízení ovlivňuje vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem. Pokud se cítí příjemně personál, cítí se tak i pacient. Neobává se svěřit se svými problémy, bolestmi a zeptat se na jakékoliv nejasnosti. To vše příznivě ovlivňuje vzájemnou spolupráci.

Otázka 7 se týká ověření pochopení pacienta. Otázka 7 byla rozebrána v dílčí výzkumné otázce 2. Z analýzy plyne následující opatření. Edukaci pacienta je vhodné zakončit dotazem týkající se rozebírané problematiky. Edukátorovi je tím poskytnuta zpětná vazba a ví, na kolik si pacient danou problematiku objasnil a kde je zapotřebí ještě systematického nácviku.

Otázka 8 rozebírá časový tlak na pacienta, týkající se důležitých rozhodnutí. Dopřejte pacientům dostatek času, aby si svá rozhodnutí promysleli. Získají tím pocit nezávislosti a vědomí, že mohou ovlivnit věci, které se jich přímo dotýkají.

Otázka 13 zahrnuje monitoring bolesti ošetrovatelským personálem. Sledujte pravidelně výskyt bolesti u pacienta. Pokud se bolest vyskytla, sledujte pravidelně její intenzitu, charakter apod. U bolesti s intenzitou vyšší je vhodnější častější interval sledování bolesti a to 4x – 5x

denně. Monitoring bolesti provádíme u hospitalizovaných pacientů pravidelně, a to i u těch, kteří byli zpočátku bez bolesti. Cílem je vždy pacient bez bolesti a diskomfortu.

Otázka 14 se týká úrovně sdělení, se zaměřením na srozumitelnost pro hospitalizované seniory. Při sdělování informací týkajících se zdravotního stavu a hospitalizace omezte odborné termíny na minimum. Snažte se přiblížit hovorové řeči pacienta. Upřednostněte laické vysvětlení problematiky, které usnadňuje pochopení a zapamatování pacientem. V případě, že nějaký odborný výraz použijete, myslete na to, aby byl vždy pacientovi objasněn.

Otázka 21 se týká jedné z nejčastějších komunikačních bariér mezi hospitalizovaným seniorem a ošetrovatelským personálem. Výzkum ukázal, že polovina dotazovaných respondentů měla obtíže se sluchem. Proto je v úvodu konverzace dobré zjistit, zda pacient obtíže se sluchem má, popřípadě zda nosí sluchadlo. Na pacienta nikdy nekřičte. Své sdělení klidně ještě zopakujte. Respondenty bylo uvedeno, že by jim zopakování tématu pomohlo.

Otázka 24 zjišťovala rychlost mluveného projevu ošetrovatelského personálu a důsledky na porozumění pacientem. Jako výsledné doporučení týkající se tempa mluveného projevu je stanoveno: Dodržujte klidné tempo řeči. V případě, že Vám pacient zcela přesně neporozuměl, tempo řeči raději ještě zpomalte. Tempo řeči v žádném případě nezrychlujte. Znesnadňuje pochopení hospitalizovaného seniora.

Otázka 25 se snažila zjistit, zda jsou u ošetrovatelského personálu časté situace, ve kterých křičí na pacienta. Opřeme-li se o získané odpovědi respondentů, musíme konstatovat, že se zdravotnický personál po dobu péče o respondenty choval velmi profesionálně a nedošlo k žádnému konfliktu mezi pacientem a zdravotnickým personálem. I přes to budou stanovena následující doporučení. Na pacienta v žádném případě nekřičte. Snažte se udržet si profesionální přístup. Vyskytne-li se i přes to konfliktní situace, snažte se dospět ke kompromisu.

Otázka 26 se zabývala složitostí větné skladby verbálního sdělení. Z výzkumu je opět patrné, že ošetrovatelský personál upřednostňuje jasná a stručná sdělení na místo sdělení dlouhých a těžko pochopitelných. Preferujte proto sdělení jasná a nekomplikovaná, které hospitalizovaní senioři upřednostňují a zároveň pro ně jsou pochopitelnější. Pacienti se poté lépe orientují v celém rozhovoru a jsou schopni se k rozebírané problematice adekvátně vyjádřit.

Následující otázky napomáhají také ke stanovení doporučení pro komunikaci. Nebyly však doposud podrobně analyzovány. Budou proto rozebrány v následujícím kroku.

12) Jsou Vám v průběhu hospitalizace sdělovány informace o Vašem zdravotním stavu průběžně? Nescházejí Vám nějaké informace? Cílem otázky bylo zjistit, zda jsou respondentům sdělovány všechny potřebné informace týkající se jejich zdravotního stavu v logickém pořadí a pravidelně. A také, zda se nevyskytuje nějaká konkrétní oblast, která je pacientovi zcela nejasná. Dotazovaní respondenti odpovídali velmi obdobně. Všichni respondenti uvedli, že jim jsou informace týkající se jejich zdravotního stavu sdělovány průběžně. Respondent 6: „*Ano. Jsou. Pan doktor mě navštěvuje. Ptá se mě, jak mi je...Myslím si, že mi žádné informace nescházejí*“. Respondent 2: „*Asi jo, protože taky ty sestřičky říkají, že je to lepší...Ne, já si myslím, že ne*“. Respondent 5: „*Ano. Jsou. Lékař mě tady průběžně navštěvuje. Žádné informace mi nescházejí*“.

Shrnutí

Z uvedených odpovědí lze konstatovat následující: Informovanost respondentů zdravotnickým personálem je dobrá. Hospitalizovaný senior by měl být lékařem pravidelně informován o změnách zdravotního stavu. V rámci ošetrovatelské péče sestrou o změnách a stanovených opatřeních v oblasti sebepečce. Nedílnou součástí by měla být také motivace a při zlepšení některé ošetrovatelské oblasti také pochvala.

16) Byl/a jste před podáním nového léku informován/a o důvodu podání a možných nežádoucích účincích? Dotaz byl pokládán s cílem zjistit, zda je hospitalizovaný senior, v případě zařazení nové medikace poučen, proč je mu lék podáván a zda je v případě potřeby upozorněn na možný výskyt nežádoucích účinků. Odpovědi respondentů jsou v tomto případě značně různorodé. Žádný z respondentů neuvedl, že by byl informován o nežádoucích účincích léku. 1 respondent byl, před podáním léků dotazován na přítomnost lékové alergie. 2 respondenti udávali, že během hospitalizace užívali pouze svojí chronickou medikaci. 2 respondenti byli informováni pouze o důvodu podání. 1 respondent nevěděl, zda nějakou medikaci vůbec užívá. Respondent 4: „*Ano, ty léky, co užívám, už užívám leta. Znáám jejich účinky*“. Respondent 2: „*(pauza)...Já snad žádný léky neberu*“. Respondent 3: „*Proč je to podáno, to ano, to mi řekli. O nežádoucích účincích, ale ne*“. Respondent 5: „*Vím, že léky užívám. O nežádoucích účincích mi nic řečeno nebylo*“.

Shrnutí

Z uvedených výpovědí vyplývá, že informovanost hospitalizovaných seniorů o důvodu podání a nežádoucích účincích není optimální. Před podáním nového léku informujte pacienta v rámci svých kompetencí, za jakým účelem mu je lék podáván. Pokud se po požití léku mohou objevit některé nežádoucí účinky, upozorněte pacienta. Informaci doplňte vhodným režimovým opatřením.

- 27) Používá ošetrovatelský personál při komunikaci s Vámi specifické prvky komunikace (např. obrázky, afatický obrázkový slovník, jasná gesta, velká písmena apod.) pro snadnější pochopení?** Otázka měla zodpovědět, zda ošetrovatelský personál využívá pro zdůraznění a snadnější pochopení u indikovaných pacientů specifické prvky komunikace a zda toto opatření je účinné. Dotazovaní respondenti uvedli, že u žádného z nich nebyly použity specifické prvky pro usnadnění komunikace. Respondent 5: „*Ne, nebylo to potřeba*“. Respondent 2: „*Ne, nic takového jsem nikdy neviděla*“. Respondent 4: „*Zatím nebylo potřeba*“.

Shrnutí

Výsledky u otázky číslo 27 můžeme zhodnotit následujícím způsobem. Speciální prvky pro zdůraznění komunikace dle výpovědi respondentů použity nebyly. Důvodem patrně byla dobrá úroveň řečových schopností u dotazovaných respondentů. Jak sami respondenti uvedli, dle jejich názoru nebylo použití těchto pomůcek přínosné.

Specifické pomůcky pro komunikaci mohou pomoci dorozumění zdravotnického pracovníka a pacienta s poruchou řeči na různé úrovni. V případě potřeby se nebojte použít netradiční prvky pro usnadnění komunikace. Poradte se s klinickým psychologem a společně s pacientem najděte vhodný způsob komunikace.

- 28) Dochází za Vámi logoped?** Cílem této otázky bylo zjistit, zda je v terapii u respondentů indikována spolupráce s klinickým logopedem a jaké úkony klinický logoped provádí za účelem rehabilitace řečových funkcí. 2 respondenti z 6 na otázku odpověděli, že jsou nebo byli pravidelně navštěvováni logopedem. Respondent 3: „*Několikrát tu byl. Zeptal se mě na pár slov. Chtěl, abych je zopakoval. Ted' už za mnou nechodí. Bylo to hned z kraje, když jsem se probudil. Pílovali jsme výslovnost*“. Respondent 2: „*Ano, paní logopedka za mnou chodila. Bylo to dříve, jednou denně. Procvičovala se mnou čtení a psaní. Ted' už to dělám sama*“. Respondent 6: „*Ne, nebyl za mnou*“.

Z odpovědí vyplývá, že v iniciační fázi rehabilitace, spolupracovali pacienti s klinickým logopedem nejčastěji na terapii řeči, ale i písma. Logoped poté ukládal pacientům úkoly k procvičování. Logoped indikované pacienty navštěvoval v brzké fázi rekonvalescence.

Shrnutí

Pokud se u pacienta vyskytla vada řeči, na jakékoliv úrovni, je důležitá včasná terapie klinickým logopedem a následná pravidelná rehabilitace řečových funkcí. Zapojte do péče také rodinné příslušníky pacienta, se kterými může pacient pravidelně procvičovat úkoly uložené klinickým logopedem. Poskytněte pacientovi podnětné prostředí.

- 17) Jsou Vám jakékoliv informace v případě nejasností zopakovány?** Otázka byla pokládána s cílem zjistit, zda v případě, je-li pacientovi něco nejasné, dokáže se zdravotnický personál vcítit do role hospitalizovaného seniora a dané téma objasní opakovaně. Na tuto otázku odpověděli 4 respondenti z 6, že jim jsou informace v případě nejasností zopakovány. 2 respondenti z 6 odpověděli, že doposud všemu porozuměli a nebylo tudíž nutné, aby jim ošetrovatelský personál cokoliv zopakoval. Respondent 3: „*Ano, můžu se zeptat na cokoliv*“. Respondent 5: „*Zatím jsem všemu rozuměl. Nebylo to potřeba*“. Respondent 4: „*Ano, jsou*“. Respondent 6: „*Já jsem snad všemu porozuměla. Na nic jsem se nepotřebovala zeptat*“.

Shrnutí

Z odpovědí respondentů vyplývá, že se ošetrovatelský personál dokáže vcítit do role hospitalizovaných seniorů a v případě potřeby jsou jakékoliv informace sděleny opětovně. Žádný z respondentů neudával, že by ošetrovatelský personál potřebu informovanosti hospitalizovaného seniora přehlížel.

V případě, že hospitalizovanému seniorovi bude cokoliv nejasného, svá sdělení zopakujte jiným způsobem nebo několikrát za sebou. Důležité informace můžete napsat papír a umístit na stůl pacienta.

7.1.4 Čtvrtá dílčí výzkumná otázka: *Jakou roli hraje při komunikaci se seniory neverbální komunikace ze strany ošetrovatelského personálu? Ovlivňuje neverbální komunikace ošetrovatelského personálu vnímání hospitalizace pacientem?* Odpovídá na ni celkem 5 následujících otázek z rozhovoru.

- 18) Jakou proxemickou zónu zaujímá ošetrovatelský personál při sdělování informací?** Účelem bylo zjistit, v jaké vzdálenosti se ošetrovatelský personál nachází

od respondenta v momentě, když pacientovi sděluje nové informace. Respondenti zde měli možnost výběru. Mohli odpovědět v rámci nabízených odpovědí: osobní zóna (1,5 metru – 45 centimetru) x intimní zóna (do 45 centimetrů) nebo mohli zvolit odpověď dle svého výběru. Všichni respondenti jako odpověď na otázku zvolili odpověď osobní zóna.

Shrnutí

Lze konstatovat, že se ošetrovatelský personál nachází ve vhodné proxemické zóně pro sdělování osobních informací. Vstupování do této zóny ve vztahu sestra-pacient je naprosto běžnou věcí.

- 19) Je Vám nepříjemné, když se ošetrovatelský personál v rámci ošetrovatelských úkonů dostane do Vaší intimní zóny?** I u této otázky měli respondenti opět možnost výběru z nabídnutých odpovědí. Zde odpovídali všichni respondenti opět obdobně. Zvolili si odpověď „*Nevadí mi, když se ošetrovatelský personál v rámci ošetrovatelských úkonů dostane do mé intimní zóny*“. Respondent 1 ještě k odpovědi dodal „*Když je to potřeba, nevadí mi to. Spíš vše беру tak, jak to je*“.

Shrnutí

Z výsledných odpovědí respondentů vyplývá, že pacientům nevadí, když se ošetrovatelský personál v rámci nutných úkonů dostane do pacientovi intimní zóny. Jsou s tím seznámeni a chápou, že je to v takových situacích nezbytné.

- 20) Jak na Vás působí výraz obličeje zdravotních sester či sanitářek?** Otázka byla pokládána s cílem zjistit, zda pacienti vnímají výraz obličeje členů ošetrovatelského personálu. Zda společně s verbální komunikací působí příjemným či nepřátelským dojmem na pacienta. Respondenti měli opět možnost výběru. Odpovědi respondentů na tuto otázku se zcela shodovali u 5 respondentů z 6, ti si zvolili odpověď: *Působí na mě příjemným dojmem. Emoce sdělované výrazem obličeje jsou většinou kladné – radost, pocit jistoty, klid, spokojenost, zájem*. Respondent 5 odpověděl na otázku následovně: „*Některé sestry na mě působí příjemně, jiné profesionálně až někdy odměřeně. Ale víc je tu těch příjemných sestřiček*“.

Shrnutí

Z uvedených výpovědí respondentů vyplývá, že nikdo z ošetrovatelského personálu nezaujímá vůči pacientům nepřátelské postavení. Ošetrovatelský personál si zachovává profesionální přístup.

22) Vyskytla se v rámci Vaší současné (či minulé) hospitalizace situace, kdy jste ocenil/a taktilní podnět ze strany ošetrovatelského personálu? Například pohlazení či držení za ruku? Přineslo Vám to útěchu? V průběhu hospitalizace se může přihodit mnoho událostí, které více či méně zasahují do emocionálního citění pacienta. Každý pacient je jedinečný a prožívá jinak sdělení nepříznivých zpráv. Tato otázka měla objasnit, zda je pro pacienty taktilní podnět ze strany ošetrovatelského personálu příjemný, přináší jim uklidnění a útěchu, nebo se pro ně naopak stává nepříjemným. Respondenti odpovídali následovně. 3 respondenti z 6 uvedli, že se v takovéto situaci v rámci hospitalizace ještě neocitli. Respondent 4: „*Myslím, že jsem se do takové situace zatím nedostal. Ale s panem doktorem jsem si podal ruku*“. Respondent 1: „*Nic takového se mi nestalo*“. Respondent 3: „*Ne, zatím ne*“. Zbylí 3 respondenti uvedli, že se v takové situaci již vyskytli a taktilní podnět ze strany ošetrovatelského personálu ocenili. Respondent 2: „*Ano. Necítla jsem se potom tak sama*“. Respondent 6: „*Ano. A bylo to velmi příjemné*“. Respondent 5: „*Vyskytl jsem se v takové situaci a ocenil jsem to*“.

Shrnutí

Z odpovědí je patrné, že polovina dotazovaných respondentů ocenila pohlazení či držení za ruku. Respondenti popisují, že to pro ně bylo velmi příjemné a přineslo jim to útěchu. Za zmínku také stojí fakt, že 2 respondenti ze 3, kteří taktilní podnět ocenili byly ženy.

23) Neměl/a jste během hospitalizace pocit, že vůči Vám zaujímá ošetrovatelský personál obranný postoj? Cílem otázky bylo získat informaci, zda ošetrovatelský personál nezaujímá vůči pacientům negativní emoce, nestraní se pacientů, nebagatelizuje potřeby pacientů, a naopak k nim přistupuje otevřeně a empaticky. Otázka opět nabízela možnost výběru odpovědi Všichni respondenti zvolili na otázku odpověď: „*Nikdy se mi nic podobného nestalo*“.

Shrnutí

Z odpovědí respondentů lze vyvodit, že ošetrovatelský personál k pacientům přistupuje otevřeně a snaží se empaticky vnímat potřeby pacientů.

8 Diskuze

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo „Zjistit, jak probíhá komunikace mezi hospitalizovanými seniory na neurologickém oddělení po cévní mozkové příhodě a ošetrovatelským personálem“. Aby bylo možné na hlavní výzkumnou otázku odpovědět, byly stanoveny dílčí otázky, které se zaměřily na jednotlivé oblasti výzkumu. S jejich pomocí bylo možné hlavní výzkumnou otázku zodpovědět. Na zodpovězení se podílely celkem čtyři dílčí výzkumné otázky. Každé dílčí výzkumné otázce odpovídá odlišný počet otázek rozhovoru, který byl s jednotlivými respondenty proveden. Jedná se o následující dílčí výzkumné otázky:

Dílčí výzkumná otázka č.1: Jsou hospitalizovaným seniorům po cévní mozkové příhodě sdělovány všechny potřebné informace pro efektivní adaptaci na oddělení?

Dílčí výzkumná otázka č.2: Jaké jsou komunikační bariéry v rámci zkoumaného vzorku respondentů?

Dílčí výzkumná otázka č.3 Jaká by bylo vhodné stanovit doporučení pro zlepšení spolupráce a vzájemného porozumění mezi ošetrovatelským personálem a hospitalizovanými seniory?

Dílčí výzkumná otázka č. 4: Jakou roli hraje při komunikaci se seniory neverbální komunikace ze strany ošetrovatelského personálu? Ovlivňuje neverbální komunikace ošetrovatelského personálu vnímání hospitalizace pacientem?

Do výzkumného šetření bylo zařazeno celkem 6 respondentů. Respondenti byli vybíráni s ohledem na zdravotnické středisko, věk, léčebnou diagnózu, zdravotní stav a úroveň komunikačních schopností. Klíčová byla pro výběr respondentů komunikační úroveň alespoň na bazální úrovni, aby bylo výzkumný rozhovor možné provést.

První dílčí výzkumná otázka: *Jsou hospitalizovaným seniorům po cévní mozkové příhodě sdělovány všechny potřebné informace pro efektivní adaptaci na oddělení?*

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky z rozhovoru číslo 1, 2, 3, 4, 5, 10, 15. Z odpovědí bylo zjištěno, že všichni dotazovaní respondenti byli ošetrovatelským personálem seznámeni s chodem oddělení. Informovaný souhlas s hospitalizací byl čtyřmi pacienty, z šesti podepsán v den hospitalizace. Zbylí dva respondenti, v důsledku jejich vážného stavu při příjmu na oddělení, nedovedli objasnit, kdy informované souhlasy podepisovali. Polovina respondentů nedovedla objasnit, co svým podpisem stvrzují a čeho se informované souhlasy týkají. Zbylí respondenti dokázali účel objasnit pouze rámcově. Bez hlubších informací.

Zdravotnický personál, tedy zajistí podpis informovaných souhlasů, při příjmu na oddělení, nebrání-li tomu zdravotní stav pacienta. Třetí otázkou bylo zjišťováno povědomí hospitalizovaných seniorů o funkci a umístění signalizačního zařízení. Bylo zjištěno, že informovanost respondentů je stoprocentní. Pacienti jsou ošetřovatelským personálem důsledně seznámeni a poučeni o funkci a umístění signalizačního zařízení. Otázka číslo čtyři monitorovala dostupnost a dosažitelnost signalizačního zařízení hospitalizovaným seniorům. I zde byly výsledky velmi uspokojivé. Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že je pro ně signalizační zařízení dobře dosažitelné. S hospitalizací pacienta v nemocničním lůžkovém zařízení jdou ruku v ruce jeho práva a povinnosti. Pacient by měl vědět, na co má právo a co může od hospitalizace očekávat. A zároveň respektovat povinnosti spojené s hospitalizací a také vnitřní řád nemocnice. Proto byla do rozhovoru zařazena otázka zjišťující povědomí pacientů o jejich právech a povinnostech. Z odpovědí respondentů bylo zjištěno, že jejich povědomí o právech a povinnostech je povrchné. 4 respondenti si vzpomněli, že s nimi byli seznámeni při příjmu a dovedli by určit, kde je v případě potřeby najdou. 2 respondenti udávali, že o právech a povinnostech pacientů nikdy neslyšeli. Co práva a povinnosti obnáší, respondenti objasnit nedokázali. Výsledkem tedy je, že povědomí pacientů o právech a povinnostech je malé. Pacienti nedokáží objasnit jejich práva a povinnosti týkající se hospitalizace. Další otázka nám měla podat informace o tom, zda jsou pacienti náležitě seznámeni zdravotnickým personálem se svou léčebnou diagnózou. Jelikož všichni respondenti dokázali svou diagnózu pojmenovat nebo alespoň popsat vzniklý problém v případě, že si název diagnózy nemohli vybavit, lze tedy říci, že povědomí respondentů o jejich diagnóze je dobré. Poslední podotázka nás měla informovat o tom, zda jsou respondenti poučeni o pohybovém režimu na oddělení. Z odpovědí na otázku vyplynulo, že informovanost pacientů o jejich pohybovém režimu a jeho dodržování v souvislosti s prevencí vzniku pádu je stoprocentní. Ošetřovatelský personál pacienty edukuje pravidelně. Respondenti opatření znají a dodržují je.

Výsledek: Hospitalizovaní senioři jsou nejlépe seznámeni zdravotnickým personálem s informacemi týkajícími se chodu oddělení, funkce a umístěním signalizačního zařízení. Zdravotnický personál se snaží zajistit, aby měli pacienti signalizační zařízení vždy po ruce. Dále z výsledku rozhovoru vyplývá, že jsou pacienti dobře seznámeni se svojí léčebnou diagnózou. Informovanost pacientů o pohybovém režimu vzhledem ke zdravotnímu stavu a riziku pádů a nutnosti jeho dodržování, je také velmi dobrá. Zjištěno bylo, že se ošetřovatelský personál v této oblasti zaměřuje velmi často na reedukaci pacientů a kontrolu dodržování preventivních opatření.

Z výzkumu vyplynulo, že respondenti měli nejmenší povědomí o tom, co obnáší podpis informovaných souhlasů a čeho se týká. Obdobně tomu bylo u práv a povinností pacientů. Ani zde nedokázali respondenti vyjádřit co přibližně obnášejí a čeho se týkají.

Cíl práce číslo 1: Pacientům jsou sdělovány všechny nezbytné informace důležité pro efektivní adaptaci na oddělení. Pacienti jsou velmi dobře seznámeni zdravotnickými pracovníky s každodenními provozními informacemi, které jsou hospitalizovaných pacientů pravidelně opakovány a pacienti je denně využívají např. použití signalizačního zařízení, dodržování pohybového režimu, povědomí o chodu oddělení. Pro úplnost jim však scházejí následující informace, kde byla rovněž zjištěna horší informovanost. Jedná se o povědomí o právech a povinnostech pacientů, vnitřním řádu zařízení, o informovaných souhlasech a o tom, co svým podpisem stvrzují. Cíl splněn.

Druhá dílčí výzkumná otázka: *Jaké jsou komunikační bariéry v rámci zkoumaného vzorku respondentů?*

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky z rozhovoru číslo 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 21, 24, 25, 26. Z odpovědí bylo zjištěno, že žádný z respondentů neměl obavy, zeptat se ošetřovatelského personálu na nejasnosti. Ošetřovatelský personál se po edukaci pacienta vždy ujistil, zda respondenti všemu dobře porozuměli, a to dotazem na vysvětlovanou problematiku. Všichni respondenti dále uvedli, že mají dostatek času na promyšlení jakýchkoli informací týkajících se léčby či hospitalizace. Atmosféra v nemocnici byla všemi respondenti hodnocena pozitivně a rovněž ošetřovatelský personál byl hodnocen jako příjemný. Dále byli všichni respondenti pravidelně dotazováni na přítomnost bolesti, a to nejméně s frekvencí 2x denně. Vyjadřování zdravotnického personálu bylo označeno jako srozumitelné. Pokud se odborný termín vyskytne, je vždy vysvětlen. Komunikační bariéra zde vyplynula z nedostatečné znalosti českého jazyka jednoho ze zahraničních lékařů. Obtíže se sluchem udávala polovina respondentů. Jedná se o jednu z dalších komunikačních bariér. Respondenti udávali, že hlasitost vyjadřování zdravotnického personálu je dobrá. Respondentům by pomohlo, kdyby zdravotníci některá sdělení zopakovali. S tempem mluvené řeči ošetřovatelského personálu byli rovněž všichni respondenti spokojeni. Respondenti uvedli, že během hospitalizace nedošlo ke konfliktu mezi nimi a ošetřovatelským personálem, při kterém by bylo na pacienta křičeno. Vyjádření ošetřovatelského personálu byla respondenty charakterizována jako jasná a stručná. Všichni respondenti byli se svou léčebnou diagnózou seznámeni lékařem.

Výsledek: Pokládáné otázky charakterizovaly nejčastější komunikační bariéry mezi ošetrovatelským personálem a hospitalizovanými seniory. V rámci zkoumaného vzorku šesti respondentů byli zjištěny pouze následující komunikační bariéry: Nedostatečná znalost českého jazyka ze strany ošetřujícího lékaře a obtíže se sluchem ze strany pacientů.

Cíl práce číslo 3: V rámci zkoumaného vzorku šesti respondentů hospitalizovaných na neurologickém oddělení ON Jičín byly z výše uvedených komunikačních bariér zjištěny pouze následující – Nedostatečná znalost českého jazyka ze strany ošetřujícího lékaře a obtíže se sluchem ze strany pacientů. Cíl splněn.

Třetí dílčí výzkumná otázka: *Jaká by bylo vhodné stanovit doporučení pro zlepšení spolupráce a vzájemného porozumění mezi ošetrovatelským personálem a hospitalizovanými seniory?*

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky z rozhovoru číslo 6, 7, 8, 9, 13, 12, 14, 15, 16, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 28. Z analýzy výše hodnocených otázek jsou uváděna následující doporučení pro komunikaci.

- V úvodu konverzace je dobré zjistit, zda pacient obtíže se sluchem má, popřípadě zda nosí sluchadlo.
- Na pacienta nikdy nekřičte.
- Omezte hluk z okolního prostředí na minimum.
- V případě potřeby své sdělení klidně několikrát zopakujte.
- Dodržujte klidné tempo řeči.
- V případě, že Vám pacient zcela přesně neporozuměl, tempo řeči raději ještě zpomalte.
- Tempo řeči v žádném případě nezrychlujte. Znesnadňuje pochopení hospitalizovaného seniora.
- Při sdělování informací týkajících se zdravotního stavu a hospitalizace omezte odborné termíny na minimum.
- Snažte se přiblížit hovorové řeči pacienta.
- Upřednostněte laické vysvětlení problematiky, které usnadňuje pochopení a zapamatování pacientem.
- V případě, že nějaký odborný výraz použijete, myslete na to, aby byl pacientovi vždy objasněn.
- Preferujte sdělení jasná a nekomplikovaná, která hospitalizovaní senioři upřednostňují a zároveň pro ně jsou pochopitelnější.

- Pokuste se na oddělení vytvořit příjemnou atmosféru, a to jak ve vztahu sestra – pacient, ale také v ošetrovatelském kolektivu navzájem. Pacient vnímá i vzájemné vztahy zdravotníků. Celková atmosféra ve zdravotnickém zařízení ovlivňuje vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem. Pokud se cítí příjemně personál, cítí se tak i pacient.
- Vyskytne-li se během situace konfliktní situace, snažte se zachovat i nadále profesionální přístup. V případě potřeby zvolte metodu kompromisu.
- Každou edukaci pacienta je vhodné zakončit dotazem týkajícím se rozebírané problematiky.
- Seniora o pohybovém režimu edukujte již při příjmu na oddělení.
- Dbejte na pravidelnou reedukaci.
- Edukujte také rodinu pacienta.
- Vyhledávejte pacienty s potenciálním rizikem vzniku pádu.
- Aplikujte do praxe preventivní opatření, za účelem zamezení vzniku pádu a kontrolujte dodržování těchto opatření pacientem.
- Dopřejte pacientům dostatek času, aby si svá rozhodnutí promysleli. Získají tím pocit nezávislosti.
- Sledujte pravidelně výskyt bolesti u pacientů.
- Hospitalizovaný senior by měl být lékařem pravidelně informován o změnách zdravotního stavu.
- V rámci ošetrovatelské péče by měl být pacient pravidelně informován sestrou o změnách a stanovených opatřeních v oblasti sebepéče.
- Nedílnou součástí by měla být také motivace a při zlepšení některé ošetrovatelské oblasti také pochvala.
- Před podáním nového léku informujte pacienta, v rámci svých kompetencí, za jakým účelem mu je lék podáván.
- Pokud se po požití léku mohou objevit některé nežádoucí účinky, upozorněte pacienta. Informaci doplňte vhodným režimovým opatřením.
- Pokud se u pacienta vyskytla vada řeči, na jakékoliv úrovni, je důležitá včasná terapie klinickým logopedem a následná pravidelná rehabilitace řečových funkcí.
- V případě potřeby se nebojte použít netradiční prvky pro usnadnění komunikace. Poradte se s klinickým psychologem a společně s pacientem najděte vhodný způsob komunikace.
- Zapojte do péče a procvičování řečových funkcí také rodinu pacienta.
- Poskytněte pacientovi podnětné prostředí.

- V případě, že hospitalizovanému seniorovi bude cokoliv nejasného, svá sdělení zopakujte jiným způsobem nebo několikrát za sebou.
- Důležité informace můžete napsat papír a umístit na stůl pacienta.

Cíl práce číslo 4: Cíl splněn

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka: *Jakou roli hraje při komunikaci se seniory neverbální komunikace ze strany ošetrovatelského personálu? Ovlivňuje neverbální komunikace ošetrovatelského personálu vnímání hospitalizace pacientem?*

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky z rozhovoru číslo 18, 19, 20, 29, 30. Z položených otázek vyplynuly následující výsledky. Při sdělování informací zaujímá ošetrovatelský personál osobní zónu. V případě, že ošetrovatelský pracovník musí v rámci nezbytných ošetrovatelských úkonů narušit intimní zónu pacienta, respondenti uvedli, že jsou s touto skutečností seznámeni a chápou, že je to v těchto situacích nezbytné. V další otázce respondenti měli za úkol odpovědět, jak na ně působí výraz obličeje ošetrovatelského personálu. Odpovědi lze zhodnotit tak, že si ošetrovatelský personál zachovává profesionální výraz. Žádný z respondentů neuvedl, že by z výrazu ošetrovatelského personálu cítil nepřátelské ladění vůči pacientům. Respondenti vnímali ve výrazu zdravotníků přátelský postoj. Předposlední otázka nám měla podat informace o tom, zda se respondenti dostali kdykoli během hospitalizace do situace, ve které ocenili např. pohlázení ze strany zdravotnického personálu a zda jim to přineslo útěchu a povzbuzení. Polovina respondentů odpověděla, že se do takové situace již dostala. Pohlázení či držení za ruku ze strany ošetrovatelského personálu ocenili. Bylo jim to příjemné a přineslo jim to útěchu. Poslední otázka z rozhovoru měla určit, zda respondenti nevnímají postoj zdravotníků vůči nim jako obranný, negativní, bagatelizující potřeby pacientů. Všichni respondenti takový postoj ze strany zdravotnickým pracovníkům popřeli. Lze tedy předpokládat, že se zdravotnický personál vůči pacientům chová otevřeně a snaží se empaticky vnímat jejich potřeby.

Výsledek: Pacienti vnímají neverbální sdělování ze strany ošetrovatelských pracovníků. Pokud jsou emoce, které zdravotnický personál vyjadřuje kladné, cítí se dobře i pacient. Podílí se také na vnímání hospitalizace a poskytnuté péče. Mnohdy může ošetrovatelský personál, svým chováním přinést pacientovi útěchu, pokud ošetrovatelský pracovník správně odhadne situaci, ve které je vhodné využít taktilní podnět.

Cíl práce číslo 2: Splněn

Všechny dílčí cíle práce byly splněny. V souvislosti s nimi byl splněn i hlavní cíl práce.

Na obdobné téma bylo napsáno několik odborných prací. Šimůnek (2007), výzkum prováděl také v menších zdravotnických zařízeních. Ve své práci došel k závěrům, že hospitalizovaní senioři hodnotí přístup ošetrovatelských pracovníků jako příjemný a přátelský. Došel i ke zjištění, že pohlazení či držení za ruku může na hospitalizovaného seniora působit příjemně. Šimůnek (2007) ve své práci dále uvedl, že ošetrovatelský personál nemá dostatek času na rozhovor se seniory, což se v tomto výzkumném šetření u menšího vzorku respondentů nepotvrdilo. Také jako komunikační bariéru mezi hospitalizovanými seniory a zdravotníky uvedl, přítomnost zdravotníka neovládající dostatečně český jazyk. Tento fakt se potvrdil i v této výzkumné práci.

Poklopová (2016) ve své práci *Bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory* rozebrala míru času, kterou komunikaci s hospitalizovanými seniory věnují jednotlivé profese v rámci ošetrovatelského týmu. Z výzkumu studentky vyplývá, že dostatek času na komunikaci má 35 % respondentů z řady zdravotnických pracovníků. Ve své práci došla k závěrům, že nejvíce času na komunikaci s hospitalizovanými seniory mají ošetrovatelé/ky a sanitáři/ky (53 %). V porovnání s nimi nemají všeobecné sestry tolik času na komunikaci s pacienty.

Poláková (2008) ve své práci s názvem *Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry* došla k závěru, že pacienti jsou s neverbálním vyjadřováním všeobecné sestry spokojeni. Pro srovnání, v tomto výzkumu bylo pokládáno celkem šest dotazů týkajících se neverbální komunikace. I přes to, že byl výzkumný vzorek respondentů malý a výsledky výzkumu nelze globalizovat, bylo rovněž zjištěno, že respondenti byli v oblasti neverbální komunikace spokojeni s vyjadřováním ošetrovatelských pracovníků na úrovni proxemiky a mimiky tváře.

Závěr

Cílem teoretické části práce bylo přiblížit období stáří společně s jeho typickými tělesnými a psychosociálními změnami. Zaměřit se na pojem komunikace, a to z několika možných úhlů pohledu – shrnout obecné poznatky týkající se komunikačního procesu, verbální a neverbální komunikace. Dále vytyčit možné bariéry v komunikaci a zaznamenat doporučení pro komunikaci se specifickými skupinami pacientů. V neposlední řadě, alespoň okrajově přiblížit péči o pacienta s cévní mozkovou příhodou.

V empirické části práce jsem se zaměřila na skupinu pacientů po cévní mozkové příhodě, kteří byli soběstační či s lehkou poruchou soběstačnosti v kterékoli denní činnosti. Prioritní bylo zjištění, jak probíhá komunikace mezi takovými pacienty a ošetrovatelským personálem. Zda pacienti poskytnutým informacím rozumí a jestli ošetrovatelský personál k pacientům po cévní mozkové příhodě nepřistupuje s despektem. Důraz byl kladen především na oblast sdělování nezbytných informací v rámci hospitalizace a poskytování informací týkajících se zdravotního stavu. Dále také na zjištění komunikačních bariér, které se vyskytly u zkoumaného vzorku respondentů. Stanovit doporučení pro komunikaci, která z rozhovorů s respondenty plynou a mají širší využití v praxi. Závěr empirické části práce byl zaměřen na vliv neverbální komunikace ve vztahu ošetrovatelský personál a pacient.

Z vyhodnocení výzkumu vyplývá, že nejlepší informovanost pacientů, v rámci sdělování nezbytných informací v souvislosti s hospitalizací, adaptací na oddělení a spoluprací s ošetrovatelským personálem, je informovanost o umístění a funkci signalizačního zařízení, společně s informacemi týkajících se pohybového režimu na oddělení. V těchto oblastech jsou pacienti pravidelně reedukováni. Jedná se o praktické informace, které musí pacient znát, aby v konečných důsledcích nedošlo k jeho poškození. Také informovanost pacientů o chodu oddělení byla stoprocentní. Jedná se opět o informace, které přímo ovlivňují každodenní pobyt pacienta na oddělení. Opačná situace nastává u povědomí pacientů o tom, co obnášejí informované souhlasy podepisované při příjmu na oddělení, práva a povinnosti pacientů společně s vnitřním řádem zařízení. Na základě provedených rozhovorů odhaduji, že většina dotazovaných respondentů své odpovědi, na otázku, co jednotlivé oblasti obnášejí, spíše typovala. Znalosti pacientů v této oblasti jsou, dle mého názoru, malé. V rámci empirické části byla zkoumána také přítomnost komunikačních bariér. Na základě rozhovorů byli zjištěny pouze dvě komunikační bariéry v komunikaci mezi pacienty a zdravotnickým personálem –

obtíže se sluchem ze strany pacientů a nedostatečná znalost českého jazyka, ze strany lékaře. Malý počet zjištěných komunikačních bariér je, dle mého názoru, důsledek malého počtu respondentů, menšího zdravotnického zařízení s menší saturací pacientů s klíčovou diagnózou pro provedení výzkumu a soběstačnost či lehká porucha soběstačnosti u respondentů. Jako součást empirické části práce byla stanovena doporučení pro komunikaci mezi pacientem seniorské populace a ošetřujícím personálem na základě zodpovězených otázek rozhovoru (viz. Diskuze). Poslední zkoumanou oblastí byl vliv neverbální komunikace ošetřovatelského personálu na pacienta. Bylo zjištěno, že pacientům nevadí, když ošetřovatelský personál v rámci nezbytných výkonů naruší jejich intimní zónu. Chápou nezbytnost tohoto kroku. Zajímavý je také fakt, že pacientům je v situacích, kdy potřebují podporu, příjemný taktilní podnět ze strany ošetřovatelského personálu např. držení za ruku či pohlazení. Zde bych ovšem zdůraznila, že je nutné přihlídnout k situaci a osobnosti pacienta. Dle získaných odpovědí respondentů, vnímají pacienti také postoj ošetřovatelského personálu k nim samotným. Žádný z respondentů necítil z výrazu tváře, či postoje žádné negativní pocity. Respondenti popisovali výraz ošetřovatelského personálu jako příjemný. Lze tedy vyvodit, že se ošetřovatelský personál chová k pacientům s úctou, empaticky a udržuje si profesionální vystupování.

V souvislosti se zjištěnými poznatky bych navrhovala poskytnout každému pacientovi, při příjmu na oddělení, práva a povinnosti pacientů společně s nejdůležitějšími body chodu oddělení a vnitřní řád nemocnice v tištěné podobě.

V souvislosti se zachováním anonymity respondentů jsou jednotlivé souhlasy stvrzující povolení k výzkumu k dispozici u autora.

Abstrakt

Autor: Jana Krausová

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Komunikace s hospitalizovanými seniory

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Počet stran: 93

Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2019

Klíčová slova: Komunikace, senioři, bariéry v komunikaci, stáří, cévní mozková příhoda, neverbální komunikace, doporučení pro komunikaci.

Bakalářská práce se zabývá komunikací mezi ošetrovatelským personálem a hospitalizovanými seniory s hlavní léčebnou diagnózou cévní mozková příhoda. Teoretická část je zaměřena na objasnění pojmu stáří a jeho projevů. Dále rozebírá komunikaci jako proces, po stránce verbální i po stránce neverbální se zaměřením na doporučení pro komunikaci u specifických skupin pacientů. Poslední část práce poskytuje náhled na pacienty s cévní mozkovou příhodou.

Empirická část byla vyhodnocena za pomoci kvalitativní výzkumné metody. Výzkum byl prováděn v Oblastní nemocnici Jičín, a.s. na Neurologickém oddělení. Bylo vybráno celkem šest respondentů. Zkoumaný vzorek tvoří pouze pacienti seniorského věku s hlavní léčebnou diagnózou cévní mozková příhoda. Z odpovědí respondentů jsou jako výsledek vyhodnoceny předem stanovené výzkumné otázky.

Abstract

Name and surname of the author: Jana Krausová

Institution: Charles University
Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Social Medicine,
Department of Nursing

Title: Communication with hospitalized seniors

Supervisor: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Number of pages: 93

Number of attachments: 3

Year of defense: 2019

Keywords: communication, seniors, barriers to communication, old age, stroke, nonverbal communication, recommendation for communication

The Bachelor's thesis deals with communication between nursing staff and hospitalized senior citizens with the primary diagnosis of stroke. The theoretical part focusses on clarifying the term old age and its manifestation. Furthermore, it discusses communication as a process both verbal and non-verbal which focuses on recommendations for communication in certain groups of patients. The last part of the bachelor's thesis provides an overview of patients with stroke.

The practical part was evaluated with the help of the qualitative research method. The research was done in Oblastní nemocnice Jičín in the Department of Neurology. A number of six respondents were chosen. The researched sample only consists of patients of a senior citizen's age with diagnosed stroke. Predetermined research questions are evaluated based on the respondents' answers.

Použitá literatura a zdroje

1. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024735573.
2. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024739014.
3. DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Praha: Radix, 2009. ISBN 9788086013880.
4. DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024745718.
5. FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, c2007. ISBN 9788072624287.
6. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ...* Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024754123.
7. HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 9788020431196.
8. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073674779.
9. KALINA, Miroslav. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. ISBN 9788073871079.
10. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024705486.
11. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-455-5.

12. KISVETROVÁ, Helena a Šárka VÉVODOVÁ. *Osoby se zdravotním postižením: vybrané kapitoly I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 9788024440644.
13. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 9788024721699.
14. KLUMPP, Susanne a Josef KRIEGLSTEIN, ed. *Pharmacology of cerebral ischemia 2000*. Stuttgart: Medpharm Scientific Publishers, 2000. ISBN 3887630874.
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 9788024736044.
16. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 9788024418773.
17. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 9788024727134.
18. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024706687.
19. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 9788074922251.
20. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024750675.
21. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 9788024723396.

22. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Kateřina JIČÍNSKÁ. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 9788070135136.
23. PECHAČOVÁ, Zdeňka a Ludmila NATOVOVÁ. *Komunikace pro ekonomy*. Rozš. vyd. V Praze: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2009. ISBN 9788021317406.
24. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024711355.
25. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024732718.
26. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 9788073454371.
27. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024730134.
28. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 9788024748689.
29. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 807178-2742.
30. STRNADOVÁ, Věra. *Interpersonální komunikace: monografie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. Recenzované monografie. ISBN 9788074351570.
31. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009. ISBN 9788072625994.

32. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024754468.
33. ŠRAMO, Ján. *Příprava na stáří*. Praha: Občanské sdružení Melius, 2012. ISBN 9788087638002.
34. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 9788024626284.
35. TROJAN, Stanislav. *Lékařská fyziologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2003. ISBN 8024705125.
36. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 8024712628.

Elektronické zdroje

1. BRUTHANS, J. Medical Tribute. *Epidemiologie cévních mozkových příhod* [online]. Kapitoly z kardiologie. Poslední změna 28.11.2010. [Cit.2019-01-23] Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevnich-mozkovych-prihod>
2. MRÁČEK, J. Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie. *Farmakologická neuroprotektce u akutní ischemické cévní mozkové příhody* [online]. MeDiatorial. Poslední změna 5.10. 2011. [Cit.2019-02-20]. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/farmakologicka-neuroprotektce-u-akutni-ischemicke-cevni-mozkove-prihody-34102>
3. POKLOPOVÁ, M. *Bariéry v komunikaci s hospitalizovanými pacienty*. [online]. Bakalářská práce obhájena na Lékařské fakultě v Hradci Králové v roce 2016. 82 s. [cit.2019- 04- 7]. Dostupné z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130178082/?lang=cs>

4. POLÁKOVÁ, M. *Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry*. [online]. Bakalářská práce obhájena na Lékařské fakultě v Hradci Králové v roce 2008. 93 s. [cit. 2019- 04- 7]. Dostupné z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130059358/?lang=cs>
5. ŠIMŮNEK, V. *Komunikace s hospitalizovanými seniory*. [online]. Bakalářská práce obhájena na Lékařské fakultě v Hradci Králové v roce 2007. 78–80 s. [cit. 2019-04-7]. Dostupné z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130065138/?lang=cs>

Zdroje obrázků

1. PECHAČOVÁ, NATOVOVÁ. *Komunikační kal*. In: Moodle ČZU [online].2014–02- 14[cit.2018- 12- 14]. Obrázek ve formátu JPG. Dostupné z: https://moodle.czu.cz/scorms/kps/SCORM/SKR/UT/Sekce_2/resources/01_02_00_Proces_komunikace.htm

Seznam tabulek

Tabulka číslo 1 – Identifikační údaje	55
Tabulka číslo 2 – Údaje týkající se rodiny	55

Seznam příloh

Příloha 1 – Otázky rozhovoru

Příloha 2 – Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 3 – Seznam zkratek

Přílohy

Příloha 1 – Otázky rozhovoru



UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetřovatelství
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové

Otázky rozhovoru

A) Identifikační otázky

Č. ot.	Otázka	Odpověď respondenta /participanta
1	Pohlaví	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
2	Věk	
3	Bydliště	<input type="checkbox"/> Obec do 5 tisíc obyvatel <input type="checkbox"/> Město nad 5 tisíc obyvatel <input type="checkbox"/> Město nad 50 tisíc obyvatel
4	Rodina	<input type="checkbox"/> Malá – popište <input type="checkbox"/> Velká – popište
5	Vzdělání	<input type="checkbox"/> Základní <input type="checkbox"/> Střední <input type="checkbox"/> Střední s maturitou <input type="checkbox"/> Vysokoškolské: humanitní, technické, lékařské, jiné
6	Dřívější profese před odchodem do důchodu	
7	Nyní	<input type="checkbox"/> Důchodce <input type="checkbox"/> Pracující důchodce, ale v jiné profesi než před důchodem. <input type="checkbox"/> Pracující důchodce, pokračuji v profesi, kterou jsem vykonávala před důchodem.

B) Přijetí k hospitalizaci

Č. ot.	Otázka	Odpověď respondenta /participanta
1	Byl/a jste při příjmu seznámen/a s chodem oddělení?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepamatuji si
2	Kdy jste podepsal/a informovaný souhlas a víte co zahrnuje?	<input type="checkbox"/> Při příjmu na oddělení <input type="checkbox"/> Do 12 hodin od příjmu na oddělení <input type="checkbox"/> Do 24 hodin od příjmu na oddělení <input type="checkbox"/> V den dimise /při propuštění <input type="checkbox"/> Víím, k čemu slouží <input type="checkbox"/> Netuším, co obnáší
3	Byl/a jste seznámen/a s umístěním a funkcí signalizačního zařízení?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepamatuji si
4	Je signalizační zařízení snadno dosažitelné?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nevím, kde se nachází
5	Byl/a jste seznámen/a s právy a povinnostmi pacientů?	<input type="checkbox"/> Ano, při příjmu na oddělení. Víím, co obnášejí a na co mám jako hospitalizovaný pacient/ka právo. <input type="checkbox"/> Práva a povinnosti pacientů mi byly při příjmu poskytnuty v tištěné podobě. <input type="checkbox"/> Víím, že existují. Nebyl/a jsem s nimi blíže seznámen/a. <input type="checkbox"/> Nikdy jsem o nich neslyšel/a. Nevím, co obnášejí.

C) Specifika komunikace

Č. ot.	Otázka	Odpověď respondenta /participanta
6	Máte obavy, zeptat se ošetrovatelského personálu na nejasnosti?	
7	Ujistí se ošetrovatelský personál, při osvojování nového postupu, zda jste vše pochopil/a? Jak se ujistí?	
8	Máte dostatek času si všechna svá rozhodnutí promyslet? Kolik času asi?	
9	Jak byste charakterizoval/a atmosféru v nemocnici? Jak na Vás ošetrovatelský personál působí? Jak se zde cítíte? Popište.	
10	Znáte svou léčebnou diagnózu? Znáte důvod hospitalizace? S čím se léčíte?	<input type="checkbox"/> Zním svou léčebnou diagnózu, i důvod proč jsem hospitalizován/a v nemocnici. <input type="checkbox"/> Zním svou léčebnou diagnózu, proč jsem hospitalizován/a však netuším. <input type="checkbox"/> Svou léčebnou diagnózu neznám, vím však, proč jsem nyní hospitalizován/a v nemocnici. <input type="checkbox"/> Neznám svou léčebnou diagnózu, nevím ani proč jsem nyní hospitalizován/a v nemocnici,
11	Kdo Vám sděloval léčebnou diagnózu, či výsledky vyšetření? Kde Vám tyto informace byly sděleny?	
12	Jsou Vám v průběhu hospitalizace sdělovány informace o Vašem zdravotním stavu průběžně? Nescházejí Vám nějaké informace?	
13	Jste pravidelně dotazován/a na přítomnost bolesti? Jak často?	<input type="checkbox"/> Ano, alespoň 4x denně. Vždy s podáváním léků a individuálně dle charakteru bolesti. <input type="checkbox"/> 2x denně, např. ráno a večer <input type="checkbox"/> Pouze 1 denně <input type="checkbox"/> Ošetrovatelský personál se nezajímá o přítomnost bolesti.

14	Jsou Vám informace o Vašem zdravotním stavu či průběhu léčby podávány srozumitelně? Popřípadě jsou Vám odborné termíny vysvětleny?	
15	Byl/a jste poučen/a o pohybovém režimu na oddělení?	
16	Byl/a jste před podáním nového léku informován/a o důvodu podání a možných nežádoucích účincích?	
17	Jsou Vám jakékoliv informace v případě nejasností zopakovány?	
18	Jakou proxemickou zónu zaujímá ošetrovatelský personál při sdělování informací?	<input type="checkbox"/> Osobní (1,5 metrů – 45 centimetrů) <input type="checkbox"/> Intimní (45–0 centimetrů)
19	Je Vám nepříjemné, když se ošetrovatelský personál, v rámci ošetrovatelských úkonů, dostane do Vaší intimní zóny?	<input type="checkbox"/> Ano, snažím se takovým situacím vyhnout. <input type="checkbox"/> Vím, že je to součástí léčebného, ale vnitřně je mi to nepříjemné. <input type="checkbox"/> Nevadí mi, když se ošetrovatelský personál, v rámci ošetrovatelských úkonů, dostane do mé intimní zóny.
20	Jak na vás působí výraz obličeje zdravotních sester či sanitářek?	<input type="checkbox"/> Příjemným dojmem. Emoce sdělované výrazem obličeje jsou většinou kladné – radost, pocit jistoty, klid, spokojenost, zájem <input type="checkbox"/> Výraz obličeje ošetrovatelského personálu na mě působí spíše neutrálním až odměřeným dojmem <input type="checkbox"/> Podle mého názoru je výraz ošetrovatelského personálu nepřístupný, až místy nepřátelský. Dominují emoce jako nezájem, nespokojenost, rozčilení
21	Máte obtíže se sluchem? Rozumíte ošetrovatelskému personálu?	
22	Vyskytla se po dobu Vaší současné (či minulé) hospitalizace situace, při které jste ocenil/a taktilní podnět ze strany ošetrovatelského personálu?	

	Například pohlazení, či držení za ruku? Přineslo Vám to uklidnění či útěchu?	
23	Neměl/a jste během hospitalizace pocit, že ošetrovatelský personál, zaujímá vůči Vám obranný postoj?	<input type="checkbox"/> Při každém kontaktu s ošetrovatelským personálem <input type="checkbox"/> Velmi často <input type="checkbox"/> Občas jsem to zaznamenal/a <input type="checkbox"/> Nikdy se mi nic podobného nestalo
24	Vyhovuje Vám tempo mluvené řeči ošetrovatelského personálu?	
25	Stalo se Vám, že na Vás někdo z ošetrovatelského personálu křičel?	
26	Jsou sdělení ošetrovatelského personálu jasná a stručná, nebo spíše dlouhá a těžko pochopitelná?	
27	Používá ošetrovatelský personál, při komunikaci s Vámi, specifické prvky komunikace (např. obrázky, afatický obrazový slovník, jasná gesta, velká písmena), pro snadnější pochopení sdělovaného obsahu?	
28	Dochází za Vámi logoped?	

Rozhovor byl uskutečněn dne	
Rozhovor probíhal v době	
Místo rozhovoru	
Popis průběhu rozhovoru	
Respondent / Participant s průběhem rozhovoru souhlasil. Byl ujistěn, že v bakalářské práci nebude uvedeno jeho jméno.	

Příloha 2 – Souhlas s výzkumným šetřením

Vážená paní

Mgr. Monika Köstingerová
Hlavní sestra
Oblastní nemocnice Jičín a.s.
Bolzanova 512, 506 43 Jičín

v Hradci Králové, datum 8.10.2018

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Jičín a.s

Vážená paní Köstingerová,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší Oblastní nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Jany Krausové, narozené 16.11.1996, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit kvalitu komunikace na odborné úrovni a ze strany každodenní provozní komunikace mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky a seniory na vybraných nemocničních odděleních. Dále stanovit příčiny a důsledky správně či špatně vedené komunikace pro vzájemnou spolupráci, prožívání a chování hospitalizace seniory.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního rozhovoru. Otázky, které jsou součástí rozhovoru jsou přiloženy k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením, doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc., funkce vedoucího práce.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem Jana Krausová

Jana Krausová
Újezd pod Troskami 45
512 63 Rovensko pod Troskami

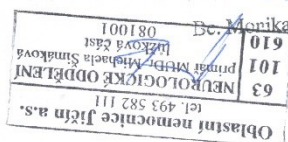
Jana Kutnohorská
doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc., Oddělení
ošetřovatelství, Ústav sociálního lékařství,
Lékařská fakulta Hradec Králové, email:
kutnohorskaj@lfhk.cuni.cz,
kutnohorskaj@seznam.cz, datum narození:
23.6.1949

Vyjádření vedení instituce:

- ☒ Souhlasím
☐ Nesouhlasím

Datum: 14/11 2018 14/11 2018

Podpis a razítko



Mgr. Vachková Eva, Ph.D.
Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav sociálního lékařství
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208
-185-

Příloha 3 - Seznam zkratk

VAS – Vizuální analogová stupnice sloužící pro hodnocení intenzity bolesti

CBF – Průtok krve mozkem

SPECT – Single photon emission computed tomography

CMP – Cévní mozková příhoda

WHO – Světová zdravotnická organizace